

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

CRISTINA DIAS DA SILVA

**COTIDIANO, SAÚDE E POLÍTICA.
UMA ETNOGRAFIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
INDÍGENA**

Brasília

2010

CRISTINA DIAS DA SILVA

**COTIDIANO, SAÚDE E POLÍTICA.
UMA ETNOGRAFIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE INDÍGENA**

Tese de Doutorado em Antropologia Social para a
obtenção do título de Doutor em Antropologia
Universidade de Brasília
Programa de Pós Graduação em Antropologia Social
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Carla Costa Teixeira
Co-Orientador: Prof^º. Dr^º. Roque de Barros Laraia

Brasília

2010

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª Carla Costa Teixeira (orientadora, presidente da banca – Dep. Antropologia/UnB)

Prof^º. Dr.. Roque de Barros Laraia (co-orientador – Dep. Antropologia/UnB)

Prof^º. Dr. Luis Roberto Cardoso de Oliveira (Dep. Antropologia/UnB)

Prof^ª. Dr^ª. Xímena Pamela Diaz Bermúdez (Dep. Saúde Coletiva/UnB)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Luíza Garnelo Pereira (FIOCRUZ)

Prof^º. Dr. Antonio Carlos de Souza Lima (Museu Nacional/UFRJ)

Prof. Dr. Wilson Trajano Filho (suplente – Dep. Antropologia/UnB)

Agradecimentos

Uma tese de doutorado se realiza através da ajuda, engajamento, participação e/ou incentivo de muitas pessoas e instituições.

Gostaria de agradecer, primeiramente, a todos os profissionais de saúde, entre indígenas e não-indígenas, que me permitiram participar de suas vidas e que me trataram, sempre, com respeito, carinho e paciência. Seus nomes não posso mencioná-los em virtude da própria coerência da pesquisa em omitir dados considerados pessoais à luz dos parâmetros éticos vigentes, mas sobretudo, em face de uma relação de confiança construída nesses anos de trabalho. Por isso, os agradeço profundamente.

Aos Munduruku do Alto Rio Tapajós agradeço por se engajarem na minha pesquisa das mais diversas formas e por me ajudarem a entender que raízes de três pontas não se arranca da terra.

À minha orientadora, Professora Carla Costa Teixeira, agradeço pelo equilíbrio e tranquilidade que trouxe para meu percurso na escrita desta tese. Além de suas observações pertinentes e atenciosas sobre o material escrito, nossos encontros e diálogos foram sempre frutíferos e agradáveis. Assim, o processo de ler, escrever, reler e reescrever se complementou a uma interlocução instigante e acolhedora.

Ao Professor Roque de Barros Laraia, agradeço por sua generosidade ao ter aceitado ser co-orientador desta tese. Sua interlocução foi não apenas bem-vinda como se mostrou preciosa ao me ajudar a pensar sobre um novo contexto de inserção dos povos indígenas e por me brindar com perguntas que incrementaram minhas reflexões acerca dos Munduruku.

Agradeço ao Departamento de Antropologia e ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília, onde encontrei professores que contribuíram para minha formação antropológica durante os cursos de mestrado e doutorado através de aulas, leituras, sugestões, debates e conversas. Em especial, os Professores Lia Zanotta Machado, Luís Roberto Cardoso de Oliveira, Mariza G. S. Peirano e Marcela S. Coelho de Souza. Às funcionárias do Departamento de Antropologia, Rosa V. Cordeiro e Adriana Sacramento, agradeço pelo carinho e pelo trabalho impecável.

O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) forneceu bolsa de pesquisa que financiou meus estudos ao longo desses quatro anos de doutorado. Agradeço pela oportunidade.

Agradeço à FUNAI pelas informações prestadas e pela autorização que propiciou o desenrolar mesmo desta pesquisa.

Agradeço aos Professores Antonio Carlos de Souza Lima, Maria Luiza Garnelo Pereira, Ximena Pamela Díaz-Bermúdez e Luís Roberto Cardoso de Oliveira, por terem gentilmente aceitado o convite de participar de minha banca examinadora. E ao professor Wilson Trajano Filho por ter aceitado participar desta banca como suplente.

Agradeço aos amigos queridos de ontem e hoje, muitos dos quais deixei no Rio de Janeiro ao me mudar para Brasília há seis anos, mas que sempre estiveram ao meu lado. Cristiane Paranhos, Sol Provvidente, Marina Begnini, Tamara Menezes, Pablo Emanuel e João Lucas Romero, Arthur Ferreira Gomes e Léo Magalhães, agradeço por terem sido as melhores companhias do mundo durante boa parte da minha vida no Rio. À Cintia Rodrigues e Flávio Balod agradeço por serem amigos em todas as circunstâncias que a vida pode nos trazer. Às queridas Morgana Eneile e Fernanda (Anabella), só posso dizer que vocês me fazem muita falta!

Aos amigos de Brasília, Iara M. Attuch esteve comigo desde o processo de seleção para o mestrado e, desde então, sempre foi uma amiga muito querida. À Márcia

Leila P. Castro agradeço por ser uma amiga sempre disposta a ouvir, com quem tive debates estimulantes e divertidos quando compartilhávamos da mesma sala na velha “katakumba”. Agradeço pela sua generosidade constante e pelo seu habitual bom humor. Agradeço, ainda, a todos os colegas da Pós-Graduação que contribuíram, ao longo desses seis anos, para que minha estadia em Brasília fosse ainda mais agradável e acolhedora, em especial, Luana Lazzeri, Homero Martins, Bruno Reinhardt, Letícia Cesarino, Carol Hoff, Waldemir Rosa, Beatriz Graeff, Priscila Calaf, Carmela Zigoni, Amanda Faria, Lena Tosta, Fernanda Huguenin, Marcelo Tadvall, Eduardo Di Deus Yoko Nitahara, Junia M. Trigueiro de Lima, Adailton Silva e Maria Rita, Josué C. Tomasini, Julia D. E. Brussi, Carlos Alexandre B. P. dos Santos, Rosa Virgínia A. Melo, Soledad M. Castro, Carlos Emanuel Sautchuk, João Miguel Sauchuk, Tiago Aragão, Sonia Cristina Hamid, André Gondim, Róder Nagib Góes, Moisés Alessando de Souza Lopes, Roberto Alves de Almeida, Rodolfo M. Reis, Odilon Moraes Neto, Ney José Maciel, Júlio César Borges, Diogo Neves Pereira, Alessandro Roberto de Oliveira, Aina Azevedo, Alda Lucia Souza, Giovana Acácia Tempesta, João Marcelo Macena, Mônica Celeida Nogueira, Pedro de Lemos MacDowell, Ronaldo Lobão, Taís Diniz Garone e Viviane de Araújo Aguiar.

Agradeço especialmente a André R. Ramos pela receptividade com que acolheu minhas dúvidas em relação à Jacareacanga e aos caminhos que poderia seguir em campo. Juliana Melo também foi fundamental ao me relatar sua experiência pregressa na região e me repassar todas as informações disponíveis sobre o local. Obrigada! Agradeço, ainda, à Jayne Collevatti por nossas conversas passadas e pelas que ainda estão por vir.

Agradeço a toda a minha família por acreditarem em meu trabalho e me incentivarem sempre. Primos amados, Rafael, Daniel, Julia, Eduardo, Amanda Henrique, Ana Letícia, César, Clarinha linda, vocês são tudo de bom! Agradeço, ainda, às minhas tias Daise Dias, Laise Dias e Hilda Lima, por estarem sempre ao meu lado, assim como meus tios Paulo Apulcro Fonseca e Humberto Nunes de Amorim. À minha avó amada, Noêmia Baltor Dias, agradeço por me inspirar todos os dias.

Nada disso teria sido possível sem a participação de meu companheiro, Diego Soares, que se manteve perseverante diante de todas as dificuldades. Seu apoio e seu estímulo foram inabaláveis. Seu carinho, incontestado.

Esta tese é dedicada às minhas irmãs, Mariana e Paula Dias da Silva, e aos meus pais, Denise Dias e Paulo Roberto da Silva. Durante toda a minha vida, suas presenças me restituíram as forças, me aliviaram as dores e me fizeram acreditar.

Sumário

Introdução, 1

Algumas formulações teóricas da tese, 16

Apresentação dos capítulos, 19

Capítulo 1 – Contextualizações do Campo, 22

Na cidade, no local: aspectos históricos e etnográficos, 22

A Casa de Saúde Indígena – CASAI, 31

Na aldeia, na beira: durante e depois do seringal, 35

Uma missão batista na aldeia: o primeiro relato de assistência em saúde, 37

Os primórdios da assistência à saúde indígena: Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas e Equipes Volantes de Saúde, 44

Marcos na Política de Saúde Indígena: das Conferências Nacionais ao domínio cotidiano, 52

Capítulo 2 - De conflitos e Improvisos: a construção da alteridade entre as técnicas de enfermagem, 63

Cotidiano e Saúde: relações de poder e de cuidado, 67

Situações Etnográficas I - Desconfiança, solidão e promoção à saúde, 69

Situações Etnográficas II - Emoções e relações de poder, *frames* e *footings*, 82

Situações Etnográficas III – A relação com os Munduruku em perspectiva: harmonia, improviso e amizade, 87

Situações Etnográficas IV – Um olhar nativo sobre o uso do termo diferenciado, 94

Situações Etnográficas V – Considerações sobre o cotidiano de uma “novata”, 98

De emergências e improvisos: um caso infeliz, 101

Reflexões finais sobre a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena: o elogio do improviso e o higienismo, 108

Capítulo 3 – Cuidado, assistência e administração em saúde: a experiência das enfermeiras em perspectiva, 116

Parte I - O Convite de Malu, 116

Uma abordagem antropológica sobre o consumo de álcool: acusações sociais e rumores, 122

O Posto de Saúde, 127

Cotidiano e assistência: a construção do cuidar e do administrar, 130

Atendimentos, 131

Atividades domésticas: um estilo de vida na aldeia, 140

Palestras na aldeia: as imbricações de uma forma de poder situada entre cuidar e administrar, 143

Parte II - O Encontro com Silvana, 150

O cotidiano de assistência: administrando os programas de saúde, 153

Atendimentos, 155

A reunião e a palestra: administrando a saúde na aldeia, 162

Outro estilo de vida doméstica: a ênfase na distinção e na indiferença, 170

Um caso de emergência: a produção da indiferença em perspectiva, 172

Estilos de enfermagem: por uma teoria da prática das enfermeiras, 174

Capítulo 4 – O Agente Indígena de Saúde e a sua posição na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena: reflexões sobre os limites da ambiguidade, 181

Questões preliminares sobre o papel do Agente Indígena de Saúde, 181

Ex-Agentes Comunitários/Indígenas de Saúde: manejando a distância social, 193

Articulando o uso dos medicamentos: um dia de Agente de Indígena de Saúde, 206

As visitas dos Agentes Indígenas de Saúde: a outra face da mediação, 218

O Curso de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde: compondo índices de risco sobre a doença, 234

As reuniões da equipe de saúde: a prática da constituição da ambigüidade, 236

De articuladores, elos comunicativos e mediadores: reflexões finais sobre a prática dos Agentes Indígenas de Saúde, 238

Capítulo 5 – Considerações Finais, 242

Anna Nery - “Mãe dos Brasileiros” e pioneira da enfermagem: uma breve história da relação entre cuidar e administrar, 242

A relação simbólica entre Anna Nery e o Movimento Sanitário Brasileiro, 248

A disputa sobre o papel da enfermagem e de seus profissionais: novas tendências, 250

A dimensão moral da higiene: quando política e saúde se entrelaçam, 254

Considerações Finais sobre autoridade higienista, cotidiano e poder tutelar, 259

Referências bibliográficas, 264

Outros documentos consultados, 276

Anexos

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
CASAI – Casa de Saúde Indígena
CD – Programa Crescimento e Desenvolvimento Infantil
CEF – Caixa Econômica Federal
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CISI – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
COIAB – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
COSAI – Coordenação de Saúde do Índio
CPF – Cadastro de Pessoa Física
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
UEPA – universidade do Estado do Pará
EVS – Equipes Volantes de Saúde
FAB – Força Aérea Brasileira
FIT – Faculdades Integradas do Tapajós
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NISI – Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCU – Programa de Prevenção ao Câncer de Colo do Útero
PSF – Programa Saúde da Família
RG – Registro Geral
SESP ou Fundação SESP – [Fundação] Serviço Especial de Saúde Pública
SNT – Serviço Nacional de Tuberculose
SSI – Subsistema de Saúde Indígena
SPI- Serviço de Proteção aos Índios
SPILTN – Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UAE – Unidade de Atendimento Especial

Introdução

Esta tese versa sobre práticas de atenção à saúde entre profissionais da enfermagem no contexto dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas¹, os DSEIs, implantados a partir de 1999. A pesquisa foi realizada na região do Alto Rio Tapajós (PA) e abordou o cotidiano da assistência básica de saúde prestada aos Munduruku que vivem nessa localidade. Trata-se de uma população de cerca de oito mil pessoas distribuídas em mais de oitenta aldeias e “divididas” entre nove Pólos-Base no Distrito Sanitário. A cidade mais próxima abrigava a Casa de Saúde Indígena, um hospital municipal e a sede local da administração do DSEI Rio Tapajós. Em média, dois a três médicos atendiam no hospital, enquanto dezenas de enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem conformavam a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, a EMSI, no âmbito diário do atendimento. Profissionais da saúde como nutricionistas e farmacêuticos visitavam a cidade e as aldeias esporadicamente e residiam numa segunda cidade, Itaituba, localizada na região do Médio Tapajós e onde era possível também encontrar uma Casa de Saúde Indígena, que encaminhava os pacientes para Belém, capital paraense. Essa era a infraestrutura básica de assistência por onde circulavam os Munduruku no interior das instâncias de atendimento do Subsistema de Saúde Indígena (SSI). O principal objetivo deste trabalho foi lançar luz sobre a relação que se estabelecia nesse plano de assistência primária. A abordagem aos Munduruku por esses profissionais de saúde parecia adquirir um sentido particular, isto é, ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) estivesse integrado à esfera distrital, era sobre os profissionais de saúde da EMSI, essa figura quase intangível, que se projetavam expectativas de produção de uma “atenção diferenciada”, principal mote da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Assim, realizei uma etnografia que se orientou pela premência em desdobrar a dinâmica de relações desse grupo de profissionais, em sua maioria maciça oriundos do extenso e diversificado campo da enfermagem. Por ocasião de aprofundar o debate sobre a experiência cotidiana da atenção diferenciada, termo especificamente associado à assistência aos povos

¹ Ao longo da tese também me refiro aos DSEIs como Distritos Sanitários.

indígenas, esses profissionais da enfermagem se tornaram interlocutores capazes de ampliar o horizonte antropológico acerca dos conflitos relativos à saúde indígena.

*

Um valor comumente acionado pelas enfermeiras ao falarem de suas atribuições – fossem estas alocadas para o trabalho nos Postos de Saúde em aldeias, na administração da Casa de Saúde Indígena ou na sede administrativa do Distrito Sanitário Especial Indígena – era o da responsabilidade. Especificamente, a responsabilidade surgia como um argumento de defesa ao fato de que todos os problemas não resolvidos recaíam como culpa das enfermeiras. A expressão do tipo “qualquer coisa que acontece aqui, a responsabilidade é da gente!” era, diante de toda a sorte de situações conflituosas, a mais pronunciada. Não me lembro de ter conhecido nenhuma enfermeira que não explicitasse sua condição de vítima dessa espécie de enredo cotidiano da assistência básica à saúde indígena. Todos as responsabilizavam pelas mazelas, e ninguém as reconhecia pelos sucessos alcançados. Esse auto-enquadramento pendular entre responsabilidade como culpa (pólo negativo) e responsabilidade como reconhecimento (pólo positivo) era acionado pelas enfermeiras sempre que estas se viam questionadas pelos doentes ou seus familiares sobre algumas decisões na prestação de assistência – principalmente em situações de emergência.

O enfoque na rotina das enfermeiras e dos demais profissionais *da enfermagem* que atuavam nas instâncias de atendimento do Distrito (Postos de Saúde na aldeia, Casa de Saúde Indígena [CASAI] e sede administrativa local) teve como ponto de partida uma inquietação surgida através das leituras sobre numerosos conflitos cotidianos na assistência à saúde indígena. De maneira recorrente, a ideia de que os profissionais de saúde eram “insensíveis” às diferenças culturais aparecia como uma noção mais ou menos consensual e que corroborava com a crítica situação de saúde dos povos indígenas no Brasil. Não pretendo, de modo algum, discordar de duas ideias: 1) a de que relações de poder constituíam o processo de tomada de decisões de modo a subverter o sentido da atenção diferenciada enquanto mecanismo de produção do respeito à diversidade de concepções sobre o processo saúde/doença entre os povos indígenas, 2) e a de que a situação de saúde dos Munduruku era bastante crítica, sendo a pneumonia, a diarreia e as Infecções Respiratórias Agudas apontadas como as causas mais frequentes de morte entre as crianças. Não precisaria, em certo sentido, de um dado epidemiológico

para “provar” essa realidade. As causas de mortalidade e doenças entre os Munduruku eram assunto rotineiro para as profissionais da enfermagem².

As enfermeiras “mais experientes”³ assinalavam que era preciso estar sempre atenta e vigilante em relação às crianças indígenas, pois estas eram atingidas de maneira muito específica pela gripe, tornando-se pneumonia rapidamente. Nesse estágio, qualquer coisa podia acontecer: a criança podia se recuperar com os recursos hospitalares e medicamentosos disponíveis, ou podia morrer em poucas horas a despeito desses cuidados. Assim, as enfermeiras elegiam a temporalidade do atendimento como o único elemento que podiam manejar a seu favor: em aldeia, se ela fosse capaz de mapear mentalmente as crianças que recorriam com mais frequência ao Posto de Saúde⁴ por problemas respiratórios e intestinais e, literalmente, vigiá-las, maiores eram as chances de intervir enquanto a situação não atingisse um nível considerado emergencial, cujo risco de morte era iminente. Assim, aos familiares nem sempre era dada a escolha de decidir quando buscar o atendimento. As enfermeiras buscavam “se adiantar” e, para isso, elas não precisavam de boa vontade. Um extenso mecanismo de cobranças que atravessava uma hierarquia profissional entre as próprias enfermeiras em diversos cargos dentro da estrutura do Distrito Sanitário, programas de saúde específicos (como o programa para crianças de zero a cinco anos) e a produção de indicadores de saúde mensais através de relatórios a ser entregues por cada Pólo-Base se constituíam na própria rotina dessas profissionais.

Assim, minha questão inicial se baseava na premissa de que não podíamos tomar a “sensibilidade” como uma categoria legítima das relações de poder estabelecidas entre profissionais de saúde e povos indígenas sem, com isso, induzir certo tipo de qualidade moral às enfermeiras, qual seja, a de que todas eram insensíveis, incapazes de dar sentido à experiência do outro quando este outro não se delineava, talvez, como o paciente ideal: aquele que segue todas as recomendações advindas de prescrições biomédicas de diversos especialistas em saúde, inclusive da própria enfermeira. Ou, ainda, de que seria possível ou desejável guarnecer essas profissionais de saúde com um estoque de conhecimento no qual os pedidos “estranhos” dos índios e suas necessidades

² Os poucos dados estatísticos oficiais a que tive acesso, entretanto, indicavam que a maioria dos óbitos registrados para o Pólo-Base analisado eram classificados como “outras causas mal definidas”. Entre 2005 e 2009, o DSEI registrou 1 morte por falta de assistência, 3 mortes por septicemia, 1 por Acidente Vascular Cerebral e 16 estavam classificadas como “outras causas mal definidas”.

³ Essa categoria ‘mais experiente’, como veremos, se relacionava diretamente a enfermeiras que tivessem pelo menos alguns anos de trabalho com saúde indígena, e que se diferenciavam daquelas que permaneciam alguns poucos meses e se demitiam ou eram despedidas.

⁴ Também utilizo a palavra abreviada Posto, com letra maiúscula, como sinônimo de Posto de Saúde.

“não previstas” pudessem ser ouvidos, atendidos e/ou satisfeitos. Nesse sentido, creio que há duas questões implícitas nessa lógica de classificação sobre os profissionais da saúde indígena que não devemos perder de vista: a de que os próprios indígenas não conseguiriam se fazer entender diretamente a essas pessoas, o que etnograficamente me pareceu a alternativa mais ingênua, e a de que as enfermeiras trabalhassem com a perspectiva de um “paciente ideal”.

Entretanto, as enfermeiras ensaiavam costumeiramente as melhores formas de sair de situações na qual a demanda espontânea indígena por assistência à saúde podia se apresentar na forma de recusas e restrições a alguns procedimentos biomédicos. Como lidar com uma criança que a enfermeira julga à beira da morte, mas os pais julgam que é preciso aguardar a chegada do pajé? Como, enquanto supervisora da equipe de enfermagem, convencer uma família de que apenas um acompanhante pode seguir o paciente nas viagens a Itaituba e Belém quando a família inteira requer e expõe a necessidade de acompanhá-lo? Como responder harmoniosamente a demandas contraditórias, na qual a lógica hospitalar claramente fere a concepção de corpo, doença e saúde dos Munduruku? Essas não eram questões ignoradas pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem. Ao contrário, a percepção de que havia muitas diferenças entre pacientes “brancos” e pacientes “indígenas” foi o fio condutor que uniu as narrativas dessas profissionais, em sua maioria composta por mulheres, entre 25 e 50 anos, residentes na região do rio Tapajós. Em que pese a produção política de uma indiferença em relação a diversas demandas Munduruku, o uso de categorias relacionais como “os índios”, “liderança indígena” e “capitão” ou “cacique” desvelam que a percepção sobre as diferenças eram utilizadas ativamente pelas profissionais da enfermagem ao se engajar nos problemas apresentados pelos doentes e suas famílias.

Gostaria, portanto, de atribuir às profissionais da enfermagem uma agência específica na assistência básica e problematizar a forma de construção da relação, distinguindo práticas discursivas sobre os Munduruku, que sustentavam a ideia de que estava lhes sendo proporcionada uma atenção diferenciada. Nos Postos de Saúde em aldeia, para dar alguns exemplos do campo de atuação da enfermagem na saúde indígena daquela região, eram as enfermeiras – se considerarmos cada Pólo-Base era apenas uma enfermeira e/ou uma técnica de enfermagem – que supervisionavam o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde e das técnicas de enfermagem, produziam palestras educativas sobre formas de transmissão de doenças, realizavam as campanhas de vacinação, administravam os programas de saúde dirigidos a crianças, mulheres e

idosos, organizavam o expediente doméstico da casa anexa ao Posto, organizavam a produção dos relatórios mensais do Pólo-Base, atendiam emergências, realizavam consultas de pré-natal, dentre outras tarefas.

A maneira como conflitos cotidianos, advindos dessas práticas administrativas e de cuidados de enfermagem, encontravam soluções ou saídas temporárias se dava das formas mais variadas e com intervenção de atores diversos. Não havia uma fórmula única de resolução de conflitos, nem de um lado, nem de outro. Mas o certo é que havia uma clareza aguda por parte das enfermeiras de que a assistência aos povos indígenas era uma experiência diferente, era preciso ‘saber relacionar-se com eles’. Havia, portanto, um conhecimento divulgado entre elas na forma de rumores, conversas informais e que conformavam uma especificidade através da qual passavam a se identificar: profissionais *da saúde indígena*.

A relação entre profissionais de saúde do Distrito Sanitário e profissionais de saúde do hospital evidenciava essa divisão. Ainda que a integração entre SUS e Subsistema de Saúde Indígena se realizasse em termos da continuidade da complexidade do atendimento prestado (quando não havia recursos na cidade, certamente os Munduruku eram enviados a hospitais mais equipados), no cotidiano da cidade, era comum que as profissionais de enfermagem da CASAI fossem acionadas para resolver questões conflituosas no atendimento aos Munduruku que davam entrada no hospital ou simplesmente eram acionadas para “acompanhá-los”. Nesse sentido, creio que o imaginário sobre “os índios” contribuía para reificar o componente étnico na relação com os profissionais de saúde através da construção de uma identidade profissional enquanto um saber/fazer valorizado pela experiência pregressa destes com “os índios” – e que não se descolava dessa identificação administrativa com o DSEI, cujos profissionais eram vistos como *os responsáveis pelo atendimento aos Munduruku*. Assim, se criava a perspectiva de que quem deveria “saber lidar” com os Munduruku eram os funcionários do Distrito, mas não os funcionários do hospital. Essa atribuição de responsabilidade através do uso da categoria étnica endossava, como buscarei mostrar, uma forma tutelar de relação.

*

Uma gama diversa de autores tem realizado críticas ao modo como pesquisadores da saúde tem se apropriado de técnicas de pesquisa das Ciências Sociais

sem recorrer ao instrumental teórico necessário para subsidiar o uso de técnicas como, por exemplo, entrevistas em profundidade e o método etnográfico. Os autores alertam que a adoção de versões rápidas dessas técnicas tem dado lugar a reificação de estereótipos comportamentais sobre outras formas de concepção do processo saúde/doença, sendo os resultados dessas pesquisas rápidas utilizados para legitimar uma concepção de educação em saúde que opera com as mudanças comportamentais do outro como um dado, um pressuposto (Menéndez, 1998; Minayo, Assis, Deslandes & Souza, 2003; Coimbra Jr, 2000; Garnelo & Langdon 2005). Nesse processo, os hábitos “estranhos” do outro tendem a ser absorvidos por uma espécie de análise *compreensiva*, que altera o estatuto da agência dessas pessoas como forma legítima de relação e incorporada à filosofia da assistência a ser prestada pelos profissionais de saúde. Apesar desse movimento de apropriação das técnicas de pesquisa das Ciências Sociais ser algo recente, a estratégia da educação em saúde de compreender o outro pelas lentes de uma lógica tutelar não o é.

Ainda que se admita a existência legítima de outra forma de compreender, viver e explicar doenças e infortúnios, a perspectiva hierárquica assumida pelo médico (ou enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, enfim, uma vasta gama de profissionais do campo da biomedicina⁵) em relação ao “paciente” decorre de um longo histórico de luta política pela construção da autoridade médica (no sentido amplo) e que, no caso da saúde pública, ainda pode ser associada a uma autoridade pública, isto é, governamental. Essa forma de autoridade historicamente construída como um poder-saber (Foucault, 1994) deve ser criticamente analisada em face de um contexto de desmembramento das atribuições sobre a gestão da saúde dos povos indígenas no Brasil.

Devemos olhar com cautela a transposição do conceito de poder médico nas interações entre povos indígenas e os profissionais de saúde na medida em que o histórico da administração pública direcionada a estes povos guarda uma forma de poder tutelar com características próprias no que se refere ao discurso protecionista do projeto indigenista (Souza Lima, 1995). Não obstante, o exercício que nos propomos

⁵ Utilizo o termo biomedicina em vez de medicina ocidental porque, conforme descreve Kleinman (1991), o primeiro possui a capacidade de especificar uma forma de relação que, não necessariamente, está localizada apenas na assistência médica praticada nos países do “ocidente” e também porque o termo biomedicina não sugere, como medicina ocidental, que nestes países se pratique apenas um tipo de medicina. Assim, a pluralidade sugerida para o termo biomedicina guarda duplo sentido e, ao fazer isso, introduz um olhar teórico-metodológico que procura explicitar o universo das relações sociais nas quais as práticas biomédicas se realizam.

aqui é menos o de definir o tipo de poder em jogo nas relações de assistência básica no interior do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do que de atentar para pontos de convergência, isto é, situações etnográficas em que se desvelam a prática de uma autoridade sanitária ou higienista (termo mais bem orientado ao contexto etnográfico do que poder médico) conjugados a um estereótipo indígena que reúne a um só tempo a imagem do ‘bom selvagem’ e da barbárie.

Os profissionais de saúde estão longe de serem submetidos a uma comparação direta com os indigenistas e sua filosofia rondoniana, mas justamente o dado etnográfico com o qual iniciei estas páginas introduz uma questão potencialmente inovadora: a noção de responsabilidade tem sido usada pelos profissionais de saúde de forma a reiterar a ideia de vulnerabilidade indígena, mas também de modo a autoproclamar uma condição de vítima. A vulnerabilidade era atributo dos ‘corpos indígenas’, pouco resistentes às doenças, e das pessoas, que não sabiam se cuidar direito, que desconheciam métodos de prevenção. Por outro lado, os profissionais de saúde se julgavam vítimas de múltiplas cobranças sobre suas atuações, apontando para uma falta de reconhecimento estrutural, quer dizer, orientada pela arbitrariedade das decisões das lideranças indígenas e pela falta de recursos e infraestrutura.

Detive-me especialmente, para a escrita desta tese, na relação cotidiana dos profissionais da enfermagem que trabalhavam nas aldeias e na CASAI com os Munduruku que mais freqüentavam o Posto de Saúde, isto é, as mulheres e as crianças. Nesse nível de interações, as práticas discursivas que tornavam as profissionais de saúde vítimas eram, muitas vezes, explicadas por corporativismos entre os próprios profissionais de saúde e suas hierarquias internas, isto é, enfermeiras-chefe, enfermeiras dos Pólos-Base, enfermeiras administrativas, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem. Interessava-me, sobretudo, entender como se reproduzia a gestão das desigualdades e que operava valores como o da “vulnerabilidade indígena” com freqüência. Nesse nível, os conflitos com os Munduruku eram mediados pelo cacique, que sempre estava visitando o Posto de Saúde e conversando com os profissionais de saúde recém-chegados.

*

Aproveitando a crítica dos pesquisadores das Ciências Sociais, especialmente da Antropologia, em torno da instrumentalização de técnicas de pesquisa desvirtuadas de

nosso arcabouço teórico-metodológico, gostaria de apontar para algo que no campo da enfermagem, especificamente, possui um apelo fundamental: a noção de cuidado e o saber/fazer associado ao ato de cuidar⁶. A proximidade de tal tema caro aos profissionais da enfermagem com a instrumentalização de certos conceitos antropológicos, notadamente o de cultura, está diretamente relacionado à construção de novas teorias da enfermagem. Dentre as que destacam o conceito de cultura como fundamental ao desenvolvimento da prática de enfermagem a teoria de Leininger & Mcfarland (1995) é, sem dúvida, uma das mais citadas pelos intelectuais da enfermagem. O ponto crucial desta proposta teórica de cuidados em enfermagem, também conhecida como teoria do cuidado transcultural, é levar em consideração o fato de que o cuidado/cuidar é um fenômeno universal, mas suas formas de exercício são diversas. Os autores da área, entretanto, reconhecem que:

“Geralmente Leininger e outros autores da enfermagem que propõem uma abordagem cultural, são considerados na prática e na pesquisa mais para enfatizar aspectos do cuidado relacionados a grupos étnicos e na maioria das *situações em que se pensa em valores, práticas e crenças dos clientes* em situações do ciclo de vida como período grávido-puerperal ou doenças, sobretudo as crônicas, *nas quais os hábitos têm um papel fundamental*. Todavia, os conhecimentos produzidos com base nesta teoria têm sido pouco utilizados na prática de educação em saúde.” (Boehs, 2007:309) (grifos meus)

A ideia de que a abordagem cultural na enfermagem seria, *a priori*, associada a grupos étnicos constitui uma questão importante para compreender o lugar da alteridade na produção dos cuidados de enfermagem na perspectiva desses profissionais, ainda que se deva cuidar para não transpor literalmente a discussão intelectual para a dimensão cotidiana do exercício da enfermagem⁷. Entretanto, o que a autora nos alerta é justamente para aquilo que a maioria dos profissionais de enfermagem entende e chama de abordagem cultural, estando associado a algumas ideias específicas e não ao atendimento genérico. A abordagem cultural na enfermagem se refere a grupos étnicos, a certos tipos de doença e a ciclos de vida, sendo índices que se associam à crença de

⁶ As primeiras teorias da enfermagem (ver capítulo 5) remontam ao período histórico de surgimento da medicina social na Europa, e que no caso do desenvolvimento da enfermagem como profissão reunia elementos como emancipação feminina, patriotismo e valores morais católicos como abnegação e disciplina. O reconhecimento da enfermagem como carreira profissional ocorre exatamente no período em que Foucault (2004b) descreve o surgimento da Medicina Social e das preocupações do Estado no controle da população pobre.

⁷ Uma breve análise sobre o ponto de vista de profissionais da enfermagem acerca de outros modos de concepção do corpo e da doença pode ser visto no artigo de Monticelli & Elsen (2006).

que os hábitos tenham maior influência apenas nesses casos. Sobre esse ponto gostaria de chamar especial atenção. É justamente a pressuposição de que quem possui hábitos são os outros a principal via de reprodução da desigualdade e que, ao ser incorporada pelos profissionais da enfermagem como forma de cuidado, orienta a relação com os “pacientes indígenas”. Isto pode nos sugerir uma reflexão sobre a forma de enquadramento da diferença nessa abordagem, isto é, o reconhecimento de que outras formas de cuidado e concepções de cuidar – e, portanto, de uma diversidade de processos saúde/doença – implicariam, ao mesmo tempo, no reconhecimento de que a administração desse processo de cuidar do outro é também uma responsabilidade do profissional da enfermagem. Essa omissão conceitual das agências indígenas utilizando-se do próprio argumento da diversidade para tanto, nos coloca diante de um dilema que está fora do domínio da “sensibilidade individual”, mas encontra ecos na clássica questão do indigenismo brasileiro, marcado pelo discurso protecionista (Souza Lima, 1987 e 1995).

Assim, quando as enfermeiras não encontravam respostas satisfatórias para a constatação – frequente entre elas – de que os Munduruku procuravam assistência no Posto de Saúde ou na Casa de Saúde Indígena apenas quando a situação do doente já era muito grave, essa questão era facilmente transladada para o domínio da cultura como algo que não se pode compreender, mas cuja relação deve ser a de prevenir emergências baseando-se em táticas de prevenção que, propositalmente, desconsideravam não apenas os conhecimentos Munduruku sobre o processo saúde/doença, como os destituía da possibilidade de compreender o modelo biomédico. Se podemos chamar tal abordagem de cultural no interior do campo da enfermagem, então a abordagem antropológica sobre essa abordagem cultural – que, durante o trabalho de campo com as enfermeiras, se evidenciava no prestígio do argumento de ter “experiência em saúde indígena” – deve estar atenta aos mecanismos de reprodução de desigualdades que, no caso da enfermagem, explicitamente se vincula a um modelo gerencial por meio do qual o exercício do cuidar se sustenta.

Gostaria de sugerir, nesse sentido, que a prevenção era um tema preponderante da chamada educação em saúde (integrando as palestras, as oficinas de formação dos Agentes Indígenas de Saúde e os comentários cotidianos durante os atendimentos), mas também incorporada à própria figura da enfermeira e/ou técnica de enfermagem: elas precisavam se prevenir de emergências, sobretudo no espaço da aldeia. Ao mesmo tempo, as profissionais da enfermagem estavam atentas ao fato de que não podiam

contar com a colaboração de todos os doentes: algumas famílias buscavam assistência mais do que outras e/ou demoravam mais do que outras para pedir ajuda.

Essas descrições mais amplas nos permitem, ao introduzir o argumento da tese, elaborar um quadro mais ou menos geral sobre o ponto de vista das enfermeiras. Poderíamos criticar vários aspectos dessas reflexões, como por exemplo, o fato de que os Munduruku não procuravam assistência com antecedência.

Entretanto, não podemos ignorar que as emergências ocorriam e era essa a interpretação que as enfermeiras davam a maioria delas. “Se tivesse prevenido, não tinha ocorrido”. E esse dado nos importa, antropológicamente falando, na medida em que revela uma forma de relação entre esses profissionais da saúde (quase todos da enfermagem, no plano cotidiano da assistência) e os Munduruku. Essa forma de relação, marcada por conflitos de grau e extensão variáveis, encontra elementos de conexão importantes com o que Souza Lima define por *tradição de conhecimento para a gestão colonial da desigualdade* (Souza Lima, 2002a e 2002b)⁸. A noção de prevenção no sentido explorado acima seria o elo fundamental para a ideia de que o cotidiano da gestão em saúde indígena pode ser aproximada dessa noção de gestão colonial. A partir da análise das práticas preventivas incorporadas pelas enfermeiras, consideraremos, ainda, a possibilidade de um diálogo com alguns aspectos da tradição sertanista proposta pelo autor para o contexto da administração indigenista no Brasil.

Gostaria de sugerir, como hipótese, que a tradição de conhecimento da enfermagem, que constrói sua legitimidade profissional a partir de teorias sobre o cuidar/cuidado, atua segundo um modelo de interação baseado na dicotomia entre cuidar e administrar. Este, ao menos, era o cerne das preocupações cotidianas das enfermeiras que construíram a interlocução etnográfica deste trabalho.

Essa postura contumaz das profissionais de saúde era percebida pelos Munduruku como uma forma de autoritarismo. A expressão do descontentamento pela atitude marcante, sobretudo das enfermeiras, que “já chegavam querendo ser chefe” era recorrente. Esse conflito sugeria que a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância de se “valorizar” as especificidades do processo saúde/doença entre os Munduruku se desvinculava completamente da avaliação dos Munduruku sobre o tipo

⁸ No trecho a seguir, Souza Lima esclarece o que entende por tradição de conhecimento; “um conjunto de saberes quer integrados e reproduzidos no interior de modelos comuns de interação, quer objetivados no interior dos dispositivos de poder e das codificações escritas que pretendem submeter e definir, classificar e hierarquizar, reagrupar e localizar os povos colonizados”. (Souza Lima, 2002a:4).

de assistência à saúde que desejavam, bem como da avaliação que os mesmos tinham sobre sua própria saúde. O que estava sendo colocado sistematicamente em dúvida pelos profissionais de saúde – e aqui, novamente, estamos fora do domínio da sensibilidade – era a capacidade dos Munduruku de avaliarem seu próprio estado de saúde. Nessa medida, a “abordagem cultural” sobre o processo saúde/doença se aproximava de uma moldura folclórica, na qual termos como valorização e humanização serviam a uma forma de autoridade tutelar pela desconsideração implícita e explícita de uma agência indígena, de uma interlocução onde se reconhece no outro a paridade necessária para “levá-lo a sério”. Mesmo quando os Munduruku se utilizavam de recursos agressivos como gritar, bater a mão na mesa, na parede, ou algum gesto que denotasse agressividade, a leitura preferencial era a de que agiam assim porque estavam bêbados.

*

A seguir, destaco o trecho de uma transcrição da entrevista que realizei com uma das enfermeiras que trabalhava na coordenação local do DSEI, no momento que esta foi abordada por um senhor Munduruku que, diante da escassez de recursos para realizar a tradicional festa da tinguajada⁹ no mês de setembro, se dirigiu à enfermeira:

Alceu¹⁰ - Boa tarde.

Suzana- Boa tarde.

Alceu- Eu precisei agora pela primeira vez de você. Não é um trabalho político, é um trabalho tradicional, voltado pra a nossa comunidade e eu estava pensando, pra ver se arranjava... Eu estou consertando o motor da FUNAI, que já vão liberar, eu tava contando... eu consegui uma peça do rolamento que estava quebrado, mas não é pra mim, é pro capitão. Eles vão fazer um trabalho e você sabe, a tinguajada no dia 7 sempre sai. Então eu... nosso caminhão [que abastece a cidade] quebrou, tô sem

⁹ A tinguajada era uma festa realizada em torno da prática da pesca tradicional com timbó, planta conhecida pela capacidade de entorpecer os peixes. O peixe advindo desse tipo de pesca era bastante apreciado pelos Munduruku, mas seu consumo era esporádico e baseado na produção de uma grande festividade de recorrência anual ou semestral, conforme alguns senhores Munduruku me explicaram.

¹⁰ Todos os nomes apresentados nessa tese são fictícios, exceto o nome do Distrito Sanitário, bem como das cidades mais próximas. A decisão segue, fundamentalmente, uma orientação acertada com os interlocutores da pesquisa de que suas identidades não seriam reveladas e, além disso, tais procedimentos estão de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A pesquisa foi aprovada por um dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) registrados no Conselho Nacional e seu parecer se encontra em anexo. Para uma análise crítica da Resolução 196/96 no que tange a diferença entre pesquisar *com* seres humanos e pesquisar *em* seres humanos, ver Cardoso de Oliveira (2005).

gasolina e eu queria que você, você ou a enfermeira da Casai. Mas esta me falou que tinha que conversar primeiro com você pra dar emprestados 25 litros de gasolina pra eles fazerem a tinguejada lá pra comunidade, não é pro meu trabalho, é pra comunidade, mas eu vou pagar a gasolina pra enfermeira da CASAI.

Suzana- Seu Alceu, hoje...

A- Eu pago!

S- Quem tá mexendo na gasolina é seu Leandro, pra pedir emprestado...

A- Não estou nem aí para Leandro. Leandro não está aí. Leandro, a senhora sabe que ele está recebendo as contas [por demissão] em Itaituba. Leandro não está mais no trabalho, Leandro não é mais responsável, tá bom?!

S-... Mas só que o cartão [de combustível] está em nome dele, ele vai continuar responsável pela gasolina que está no nome dele...

A-... Nada disso... a gasolina já está lá...

S-... A questão é que a gasolina já está...

A-... Não, eu não gosto de enrolação! Se dá, dá. Se não deu, não fica me dizendo 'não, por que; por que...' se deu, deu pra mim, se não deu: Olha, rapaz, não deu, tudo bem...

S-... não sou eu... ah seu Alceu, eu não vou mais falar com o senhor não...

A- E tá difícil você entender por que...

S-... eu estou explicando para o senhor como é que funciona o sistema! Eu não posso... quem está lá com a gasolina é a enfermeira da CASAI. É ela lá que tem que resolver...

A-... Olha, eu não gosto de enrolação não! A enfermeira fulana de tal, a enfermeira fulana de tal... fica enrolando nós! Olha, eu não vim aqui ser enrolado nem por você nem pela enfermeira da CASAI.

S- Eu não tenho obrigação de lhe dar gasolina...

A- De dar não! Eu não estou lhe pedindo, que eu nunca lhe pedi nada!

S- A gasolina quem é responsável é a...

A- Eu nunca lhe pedi nada!

S- E não fale não, dá licença, pode sair.

A- Olha enfermeira! (bate com a mão na mesa)

S- Obrigada... outro dia que o senhor estiver calmo o senhor vem aqui conversar comigo.

A- Não, que calmo que nada! Vocês querem me enrolar aí! É mesmo! Querem enrolar, porra. (Alceu sai e bate a porta.)

S- (Suzana se levanta em direção a porta e vai atrás de Alceu) Ele não trabalha mais com a gente mesmo! [Faz referência ao fato de que Alceu não era mais piloto de voadeira contratado pela FUNASA]

Alceu e Suzana discutem na porta da coordenação. Suzana volta à sala de trabalho.

Suzana - ... Bêbado, hã! Se ele vier aqui eu vou chamar a polícia. (fecha a porta). Eu vou dar gasolina pra ninguém! Eu não tenho obrigação de dar gasolina pra eles fazerem tingujada. Ela [enfermeira da CASAI] é quem tem que saber lá se vai dar ou não. Se faltar, se ele (Alceu) não pagar, ela vai ter que prestar conta comigo da gasolina!

Oito meses depois dessa briga entre o ex-piloto de voadeira e a enfermeira que coordenava as ações das equipes de saúde em aldeia, a enfermeira da CASAI foi despedida. Eu acabava de chegar à cidade, após completar o período de pesquisa no Posto de Saúde na aldeia e o incidente ocorrera havia alguns dias. Os rumores entre as profissionais de saúde deram o tom da gravidade da briga. Segundo me contaram, o motivo que teria originado a demissão de Coralina foi um desentendimento com Lino, que trabalhava no setor administrativo da CASAI, sobre o atendimento deficitário prestado a sua mãe. A senhora sofrera um Acidente Vascular Cerebral e estava impossibilitada de falar e andar. Ela fora recebida na CASAI e internada no hospital. A retirada para um hospital mais complexo em Itaituba era apenas uma questão de tempo, dependia da chegada do avião que fazia o transporte de rotina e/ou emergencial dos pacientes indígenas. Coralina era responsável pelo processo de transferência, avisando os familiares, entrando em contato com a CASAI de Itaituba para saber da chegada do avião e anexando todos os documentos de referência necessários para os profissionais de saúde que iriam receber a senhora, além de apontar os acompanhantes. Este era um procedimento de rotina e essas comunicações a respeito da ida e vinda do avião eram feitas por telefone e pelo rádio, sendo atualizadas constantemente porque o avião dependia, às vezes, de condições climáticas que mudavam rapidamente ao longo de um dia. O trecho era percorrido, entretanto, em aproximadamente cinquenta minutos. No dia marcado para o avião chegar, houve atraso do piloto que esperava melhores condições climáticas. Por volta das 16hs, Coralina avisou aos familiares da senhora no hospital que havia probabilidade grande de adiamento da viagem para o dia seguinte, pois a notícia era que não havia visibilidade para pilotar em nenhuma das duas cidades. Os familiares deixaram o hospital, assim como a enfermeira. Algum tempo depois, o avião aterrissou na cidade e a coordenadora local do DSEI foi avisada. Prontamente, ela embarcou os pacientes requeridos, entre eles, a mãe de Lino. Nesse processo, nem a

enfermeira da CASAI e nem os parentes foram contatados a tempo e a senhora viajou sem que tivessem sido cumpridos todos os procedimentos de rotina para esses casos. Logo depois que Lino soube do ocorrido, Coralina foi convidada por ele a deixar o cargo imediatamente.

No dia seguinte, a coordenadora local do DSEI – com quem conversei posteriormente sobre o caso e que alegou ter se sentido culpada pela influência negativa que suas ações tiveram sobre Coralina – pediu que se fizesse uma reunião entre eles para que tudo fosse esclarecido. Contudo, ela revelou que a reunião não se focou apenas no caso da senhora, mas uma série de outras acusações foi dirigida à Coralina e pioraram a situação. Segundo a avaliação de Suzana, havia um problema geral de relação das enfermeiras com “os índios”. Esse problema foi resumido da seguinte maneira: “nesse trabalho com os índios, a melhor coisa a fazer é se manter fiel ao seu serviço e se você tentar fazer outras coisas que não são suas atribuições, você se põe num lugar impossível porque as pessoas passam a te cobrar por aquilo.” Assim, ela justificou que Coralina fora injustamente acusada durante a reunião de não fazer certas coisas que, na verdade, não eram suas atribuições, mas eram atividades que a enfermeira tinha “adicionado” ao seu trabalho por iniciativa própria, na tentativa de tornar a assistência da Casa de Saúde Indígena (CASAI) melhor. Assim, ela foi acusada de quase não visitar os pacientes no hospital, algo que a coordenadora afirmou não ser parte do protocolo da enfermeira-chefe da CASAI, assim como foi acusada de “não dar conta do abastecimento de comida”. Suzana explicou que isso não seria função da enfermeira, porque o serviço da enfermeira “é mais burocrático mesmo”. Quando a chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena soube da confusão envolvendo a enfermeira da CASAI, ela entrou em contato com Suzana por telefone exigindo que Coralina voltasse ao cargo. Suzana respondeu para sua chefe que, se “ela queria saber mesmo a verdade”, quem mandava por ali eram os índios, pois as enfermeiras não mandavam em nada. Além disso, Suzana me contou que as lideranças haviam feito um pedido para que ela se tornasse a nova enfermeira da CASAI e abandonasse a coordenação administrativa. Suzana disse que não se importava de retornar à CASAI onde já havia trabalhado por dois anos, mas fez questão de demarcar que essa não era uma opção sua e que a chefe do DSEI não estava se dando conta de que não tinha poder para arbitrar sobre a distribuição das enfermeiras, ou qualquer outro assunto, em detrimento de uma decisão que havia sido tomada pelas lideranças indígenas.

Na versão que me foi contada por Lino, que se mostrou lacônico sobre o assunto em vistas ao estresse emocional que demonstrou por se lembrar do episódio, constava uma informação nova e importante. Na última assembléia geral dos Munduruku a insatisfação com a atuação de Coralina já havia sido apontada e a recomendação final votada no evento era de que a enfermeira fosse demitida. Aquele episódio foi o evento que deflagrou uma ação que já estava prevista pelo coletivo na instância deliberativa mais importante para os Munduruku que é a assembléia geral, evento realizado uma vez por ano, desde 1989, e que reúne um enorme contingente de pessoas e instituições atualmente: as lideranças das aldeias, os conselheiros distritais e locais do Subsistema de Saúde Indígena, missionários católicos e evangélicos, professores indígenas e não-indígenas, a Associação Indígena PUSURU¹¹ (entre outras), funcionários da FUNAI e da FUNASA.

As duas situações acima nos permitem admitir, já de partida, um parâmetro para orientar nossas reflexões em torno das enfermeiras. Evitando criar polaridades do tipo enfermeiras mais ou menos simpáticas a causa indígena, nos interessa explicitar os modos pelos quais a atuação das enfermeiras encerrava uma forma de gestão das desigualdades (Souza Lima, 2002c). Utilizando-se de suas prerrogativas administrativas e ao mesmo tempo fazendo conciliá-las com a retórica da vitimização que não possuía um único “algoz”, as enfermeiras eram capazes de construir sentidos para a relação com os Munduruku a partir de modelos de interação que se integram, em vez de serem excludentes. O que gostaríamos de ressaltar, sobretudo, é essa possibilidade que o contexto da assistência a saúde indígena oferece em termos da associação entre poder tutelar e autoridade sanitária/higienista. Se a máxima da tutela é a destituição da agência do outro como mecanismo intrínseco da relação, a autoridade sanitária ou higienista – presente na formação das enfermeiras e na relação com os Munduruku – era capaz de conjugar um poder-saber que legitima essa forma tutelar como recurso estratégico, isto é, que ativamente retoma o estereótipo da vulnerabilidade indígena como forma de acusação sobre o outro. A especificidade dessas práticas discursivas sobre a vulnerabilidade estaria tanto no fato de que se realizam no corpo e através do corpo e,

¹¹ A Associação Indígena PUSURU foi criada em 1991 e se dirigiu, inicialmente, à luta pela demarcação de terras, conquistada em 2002. Desde então, a associação se dedica a diversos outros temas importantes como a melhoria da assistência à saúde, à educação, investindo em projetos culturais de incentivo à produção de artesanato, entre outros, além de propiciar uma comunicação direta com todas as aldeias cujos moradores buscam retirar documentos oficiais de RG, CPF ou carteira de trabalho. Esse é um trabalho muito importante, na medida em que as mulheres e homens podem se comunicar em Munduruku e buscar assistência e informações sobre benefícios sociais diversos a que tem direito.

também, a de que estipulam uma relação entre doenças, condutas e cuidados que será objeto de nossa análise.

Assim, a descontinuidade entre o campo da saúde e o campo indigenista deve ser positivamente considerada em termos da análise proposta, buscando através das situações etnográficas encontrar os limites e possibilidades dessa inflexão entre duas formas de poder e duas formas de autoridade que se manifestam cotidianamente em níveis de interação que perpassam o atendimento mais simples e frequente, como receber uma criança com gripe no Posto de Saúde em aldeia e lhe prescrever um medicamento que será diariamente ministrado pela técnica de enfermagem ou pelo Agente Indígena de Saúde, passando pelo desentendimento diário entre lideranças indígenas e enfermeiras do setor administrativo do DSEI até casos emergenciais com fins trágicos e que envolvem histórias pessoais de sofrimento.

O motivo de trazer para a introdução as duas situações de conflito acima descritas é, primeiramente, porque destoam dos casos cotidianos que vivenciei na aldeia e, nesse sentido, nos colocam a par de que há uma complexidade no interior das relações que são travadas entre “profissionais da saúde” e “povos indígenas”, de maneira genérica. Assim, em segundo lugar, o objetivo seria enfatizar esse emaranhado de situações de conflito que compõe o que, na verdade, deveríamos chamar de rede de relações entre técnicas de enfermagem, enfermeiras, mulheres e homens Munduruku que são cotidianamente assistidos na aldeia. O ponto-chave pelo qual me inseri nessa complexidade foi a construção pormenorizada daquilo que constitui a própria razão de ser da profissional da enfermagem, seja enfermeira ou técnica de enfermagem: a relação entre cuidar e administrar. É a partir dessas duas categorias nativas, tão expressivas no campo da enfermagem e sempre motivo de grandes embates e conflitos cotidianos entre os próprios profissionais da área, que pretendo discutir os dados etnográficos e lançar luz sobre algumas controvérsias que constituem o atual campo da saúde indígena.

Algumas formulações teóricas da tese

A premissa de que havia uma ‘saúde indígena a ser cuidada’ introduzia, no âmbito da assistência básica, mecanismos de distinção sobre os quais buscarei me debruçar, tomando as referências teóricas de Souza Lima (1995) sobre as formas de exercício de um poder tutelar oriundas da administração indigenista e Oliveira Filho

(1988) sobre o conceito de situação histórica como marcos do diálogo com uma antropologia da administração pública e das políticas indigenistas.

As reflexões de Langdon & Garnelo (2004 e 2005) e Garnelo (2003 e 2004), dentre outros, integram um esforço em compreender o recente processo de distritalização sanitária, tomadas em conjunto com as análises de experiências de pesquisa antropológica em saúde indígena. Particularmente, a coletânea Saúde dos Povos Indígenas (Langdon & Garnelo, 2004) evoca uma discussão sobre a abordagem antropológica no novo cenário da gestão da saúde indígena – isto é, a partir de uma compreensão sobre a construção dos Distritos Sanitários – que orienta nossa reflexão sobre o lugar dos profissionais de saúde, destacando que pesquisas sobre a atuação daqueles que compõe as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) merece não apenas espaço como também um novo estatuto no interior do debate antropológico sobre a saúde indígena. Para tanto, a utilização de trabalhos que problematizam aspectos históricos da construção do sanitarismo e da saúde pública no Brasil – seja na forma de análises sobre figuras públicas, legislações, memória institucional e debates políticos recentes (Hochman, 2006; Lima & Hochman, 2000; Hochman & Silva [no prelo]; Teixeira, 2007, 2008, 2009 e 2010) – promoveram intersecções fundamentais com aspectos atuais do desenvolvimento de política públicas de saúde indígena e forneceram reflexões indispensáveis ao contexto etnográfico analisado.

No plano de análise das interações face a face, Simmel (1950), Schutz (1979) e Goffman (1974) contribuem com conceitos teórico-metodológicos tais como conflito, formações sociológicas do tipo díade e tríade, antecipações e tipicidade, estoque de conhecimento à mão, *frame* e carreira moral. As formulações Foucaultianas (Foucault 1994, 2004a, 2004b) sobre poder, dispositivos de poder e os conceitos de Pierre Bourdieu (1995, 2002 e 2009) de campo e *habitus* serão explicitados ao decorrer das descrições etnográficas e fizeram parte do argumento central pelo qual as profissionais da enfermagem puderam ser concebidas enquanto grupo social. A inspiração teórica mais dispersa, entretanto, deve-se tanto a Norbert Elias na forma de conceber o papel da higiene como prática corporal historicamente construída e politicamente relevante, quanto a Marcel Mauss (2003) pela imprescindível contribuição sobre a definição de técnicas do corpo enquanto um “ato tradicional eficaz”, origem conceitual da própria noção de *habitus*¹² em Bourdieu (1995, 2002 e 2009). Por fim, nosso ponto de partida

¹² Vale a pena citar o trecho no qual Mauss discerne entre hábitos e *habitus*, cunhando o termo nas Ciências Sociais: “A palavra exprime muito melhor que ‘hábito’, a ‘exis’ [hexis], o ‘adquirido’ e a

teórico tangencia as formas e condições de uso do termo “diferenciado” entre as profissionais de saúde da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, que nos reposicionam em relação à análise sobre o uso da linguagem dentro da perspectiva de Austin (1990) pela qual a linguagem não é um mecanismo formal para a comunicação, mas é uma ação em si mesma, que produz relações, em vez de simplesmente representá-las.

O objetivo desta tese jamais foi dialogar com os estudos de etnologia indígena a partir do conhecimento dos profissionais de saúde sobre aspectos da cultura Munduruku e nem tomar esse conhecimento como elemento de contraposição dentro da minha relação com os profissionais de saúde enquanto sujeitos da pesquisa. Uma vez que esses profissionais de saúde carecem de uma reflexão antropologicamente qualificada sobre aspectos fundamentais da organização social Munduruku – a relação entre as metades exogâmicas¹³ *Iririkat* (branco) e *Ipakpakat* (vermelho), a relevância das narrativas mitológicas para a causa das doenças e a relação entre feitiçaria, xamanismo e saúde – essa seria uma perspectiva muito mais ‘educativa’ do que propriamente antropológica. A intensa relação de desconfiança surgida dessa “relação educativa” entre antropólogos e profissionais de saúde é bem explicitada em Smiljanic (2008).

Meu objetivo era colocar em perspectiva a relação desse genérico “profissional de saúde” através da expansão do horizonte reflexivo sobre a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. Se, como temos visto nas etnografias da saúde indígena, o contexto local do atendimento contrasta com as definições básicas da política de saúde setorial para povos indígenas, a importância da participação dos antropólogos deve ser discutida não apenas no âmbito da qualificação das perspectivas e concepções indígenas em face da “ignorância” dos profissionais de saúde, mas também no âmbito da produção de uma interlocução com esses atores que se tornaram, através do surgimento de uma figura emblemática como a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, elementos fulcrais para a construção de uma atenção diferenciada. Esmiuçar a complexidade manifesta na

‘faculdade’ de Aristóteles (que era um psicólogo). Ela não designa os hábitos metafísicos, a ‘memória’ misteriosa, tema de volumosas ou curtas e famosas teses. Esses hábitos variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, os prestígios. É preciso ver as técnicas e a obra da razão prática coletiva e individual, lá onde geralmente se vê apenas a alma e suas faculdades de repetição” (2003:404)

¹³ Para os leitores interessados em alguns aspectos da organização social Munduruku como a relação entre as metades vermelha e branca, ver Murphy (1960), para um debate específico sobre aspectos da relação entre xamanismo e feitiçaria ver Murphy (1958), para um debate pioneiro sobre relações de gênero entre povos ameríndios, ver Murphy & Murphy (1985). Para uma crítica ao emprego do conceito de mudança social por Murphy (1960) ao descrever a “dissintonia” entre a regra de descendência (patrilinear) e a regra de residência (matrilocal), constitutivas da organização social Munduruku, ver Ramos (1978).

forma de relação cunhada pela diversidade de profissionais de saúde que contribuem diretamente na gestão da saúde indígena é reconhecer, também, suas múltiplas e indissociáveis esferas de atuação: Postos de Saúde, Casas de Saúde Indígena, coordenações administrativas do Distrito Sanitário Especial Indígena e Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Como pretendemos discutir, nossa intenção foi a de transladar o olhar para o momento em que essa complexa estrutura de atendimento era acionada e como os profissionais de saúde conduziam o atendimento e resolviam os impasses que lhes surgiam como imperativos diários do atendimento. É fundamental destacar que os conflitos resultados da interação face a face muitas vezes eram solucionados de forma imediata, não havia “tempo” para repassá-los adiante, nem para discuti-los posteriormente. A fugacidade da expressão desses conflitos não deve ser, no entanto, menosprezada etnograficamente.

Ainda, no contexto das recentes mudanças na legislação sobre a saúde indígena, a questão da autonomia indígena¹⁴ frente à gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, se tornou fundamental para pensarmos os limites e possibilidades da atuação dos profissionais de saúde. Especialmente, a lei 12.314 de 2010 que cria a Secretaria de Saúde Indígena dentro do Ministério da Saúde, pode oferecer novas possibilidades de pensar a relação entre profissionais de saúde e povos indígenas. Assim, apesar de não constituir o argumento central da tese, o confronto com a esfera política federal e as mudanças daí advindas incrementa o próprio teor das reflexões aqui apresentadas e serão oportunamente acionadas ao longo da tese.

Apresentação dos capítulos

A tese está dividida em quatro capítulos centrais e considerações finais. No primeiro capítulo discorro sobre aspectos históricos de formação da cidade de Jacareacanga, da área onde se situa a aldeia na qual a pesquisa foi realizada, bem como procuro contextualizar minha inserção em campo. O atendimento na Casa de Saúde indígena (CASAI) compõe parte de reflexões gerais sobre a prestação de assistência no contexto da cidade. Ao fim, apresento uma discussão sobre os primórdios da assistência

¹⁴ Teixeira (2010) problematiza especialmente a diversidade de enquadramentos através dos quais a autonomia tem sido referenciada no debate atual da saúde indígena, buscando atentar para a polissemia agregada ao uso do termo que, no caso indígena, postula uma indissociabilidade estratégica entre situação sanitária e atuação política. (2010:101).

à saúde dos povos indígenas no Brasil que se articula à análise dos marcos da política de saúde indígena delineada nas quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena realizadas no Brasil entre 1986 e 2006. Nesse ponto, saliento a maneira como o debate sobre a formação de recursos humanos se insere em meio ao processo destacado de reivindicação por uma assistência à saúde com autonomia e participação indígena.

No segundo capítulo podemos ver uma descrição etnográfica e análise das experiências das técnicas de enfermagem, grupo que mais tempo reside nas aldeias, e que apesar de ser considerado indispensável à dinâmica da organização dos serviços de prestação de assistência à saúde indígena, possuem pouca visibilidade na construção do debate sobre a oferta de um atendimento diferenciado. Abordo várias situações através das quais é possível reconhecer uma diversidade de ideias a respeito da relação com os Munduruku nas aldeias e, ao mesmo tempo, o fio condutor que une as narrativas é a formulação de improvisos oriunda de categorias nativas como “não se complicar”, “se virar nos trinta” e “ter jogo de cintura”. Essa forma de relacionar-se será explorada à luz da ideia de higienismo (práticas de higiene especificamente derivadas da biomedicina, como será visto no referido capítulo) como um *habitus*.

No terceiro capítulo, a experiência das enfermeiras nos levará ao tratamento analítico de noções fundamentais ao exercício da enfermagem como cuidar e administrar e que, no cotidiano do atendimento nas aldeias, se desdobra em estilos de enfermagem diferenciados praticados por duas enfermeiras que tive a oportunidade de acompanhar durante meu período de campo. Nesse sentido, serão explorados aspectos da construção cotidiana dos cuidados de enfermagem, tomando as relações de poder como um foco importante à compreensão do manejo de um *habitus* que, no caso das enfermeiras, se realiza por meio da noção de cuidar e administrar, operando uma forma tutelar de relação. No quarto capítulo, os Agentes Indígenas de Saúde são colocados em perspectiva a partir de um diálogo construído através de histórias e relatos de ex-agentes comunitário/indígenas de saúde, assim como do cotidiano da assistência no Posto de Saúde e durante as visitas nas casas entre os AISs atuantes. A inserção dos AISs na equipe de saúde, atentando para a forma de relação com os outros membros constitui parte fundamental sobre as reflexões em torno dos limites da ambiguidade para pensar, não o papel dos AISs, mas sua prática. No capítulo quinto, realizo as considerações finais da tese através de uma breve retomada da figura mítica de Anna Nery e sua relação simbólica com o surgimento da enfermagem enquanto carreira profissional no Brasil durante a reforma sanitária do início do século XX. Dessa forma, esperamos

apresentar a profundidade temporal através da qual a dicotomia entre cuidar e administrar, apresentada como valor central ao ofício das enfermeiras, deve ser pensada e os principais pontos de articulação com a forma de poder tutelar e valores caros ao sanitarismo enquanto movimento político. Nesse ponto, assumimos que uma dimensão moral da higiene deva fazer parte do debate mais abrangente entre antropologia da política, da saúde e da administração pública.

Capítulo 1

Contextualizações do campo

Para inserir a problemática em torno da relação entre profissionais de saúde e povos indígenas atualmente, baseio-me em três perguntas introdutórias: Qual foi o contexto local da pesquisa etnográfica? Quais os primórdios do serviço de atendimento à saúde nos termos das políticas nacionais? Como refletir sobre os marcos regulatórios fundamentais da assistência a saúde indígena no Brasil no tocante à formação de recursos humanos?

Na cidade, no local: aspectos históricos e etnográficos.

A cidade de Jacareacanga está localizada no sudoeste do Pará, à beira do rio Tapajós, a quatrocentos quilômetros pela BR 230 (rodovia transamazônica) de Itaituba, município ao qual pertenceu como distrito até 1991, ano de sua emancipação. No mapa da região¹⁵ podemos visualizar a proximidade das fronteiras com os estados de Mato Grosso, ao sul e Amazonas, à oeste. Itaituba, como ‘antiga sede’, ainda era referência na prestação de serviços de saúde especializados, além de algumas faculdades e institutos técnicos através dos quais os profissionais de saúde de Jacareacanga conseguiam buscar formações específicas como cursos técnicos em enfermagem, microscopia e técnicos em laboratório¹⁶.

O histórico do povoamento de Jacareacanga está diretamente relacionado à Expedição Rocandor-Xingu executada através da Fundação Brasil Central, em 1943, e da instalação de uma base militar da Força Aérea Brasileira (FAB) no mesmo período, como parte do projeto de instalar campos de pouso intermediários, entre os quais estava

¹⁵ Em anexo, disponibilizei três mapas: 1) mapa geral do Pará, 2) mapa geral dos DSEIs e 3) mapa do DSEI Rio Tapajós.

¹⁶ O primeiro curso de formação de técnicos em enfermagem oferecido em Jacareacanga ocorreu em 2008. Muitos profissionais de saúde da FUNASA fizeram o curso, dentre eles apenas um Munduruku. Vale destacar que antes deste curso, a maioria dos profissionais de saúde da cidade era auxiliar de enfermagem. Cursos de enfermagem, entretanto, estão disponíveis somente em Santarém.

Jacareacanga. Ao entrevistar um dos moradores mais antigos da cidade, Sr. Lourenço, de 85 anos, relatou um importante fluxo migratório para a região, quando foi trazido do Ceará, em 1951, como “soldado da borracha”¹⁷ pelo governo Vargas, junto com outros cinquenta mil homens de Pernambuco, Paraíba e, principalmente, Ceará. Alojados em acampamentos improvisados, quase nenhum dos seus conterrâneos teve meios para voltar para casa dadas as condições de trabalho no sistema de aviamento dos seringais. Segundo dados de uma pesquisa realizada por Las Casas (1964: 10), em meados da década de 60 havia no local “dois grupos diversos: um em Jacareacanga vinculado a uma base da FAB e da Fundação Brasil Central, e outros em atividade de garimpagem”. Ele calculou que haveria entre 2.950 a 3.500 migrantes na cidade¹⁸. Com efeito, a partir da década de 1960, as atividades no garimpo de ouro se expandiram rapidamente e a região recebeu novos fluxos migratórios. Novos migrantes do Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, bem como paraenses de diversas localidades, se estabeleceram na cidade¹⁹. Atualmente, os donos de mercados, bares, restaurantes e comércios variados representam bastante bem esses dois fluxos migratórios. Alguns pertencem à segunda geração dos migrantes do Nordeste brasileiro do chamado ‘segundo ciclo da borracha’ e outros pertencem ao fluxo mais recente, relacionados ao garimpo, num primeiro momento, seguido de uma trajetória comum de estabelecimento na cidade através das atividades de comércio, como era o caso dos três principais comércios da cidade. Ainda, entre 2008 e 2009 havia circulação de trabalhadores do garimpo, mas tratava-se de um fluxo bem menor às décadas anteriores e residiam atualmente numa vila chamada Porto Rico, do outro lado do rio Tapajós, mais próximo aos locais de garimpagem.

¹⁷ Sobre esse tema especificamente, ver tese de doutorado de Morales (1999).

¹⁸ O último censo do IBGE registrou uma população de pouco mais de 37 mil habitantes. Esse número, em si mesmo, era contestado informalmente por diversos profissionais locais da saúde e da educação, por acreditarem se tratar de um dado superestimado. Numa conversa com o presidente da Câmara dos Vereadores, esse dado tornou-se ainda mais complexo. Ele inicialmente ratificou o número de 37 mil habitantes, mas em seguida se contradisse ao trazer para a conta a proporção de Mundurukus. Segundo ele, havia uma população de 8 mil Mundurukus e eles somavam a metade do total. Em conversa pessoal com a Assistente Social do Centro de Referência a Assistência Social (CRAS), ela me garantiu que pelo menos 60% da população local era Munduruku. Em conversa com a enfermeira-chefe da obstetrícia do hospital Municipal, sua impressão era que, em média, 80% dos atendimentos eram dirigidos aos Munduruku. As próprias técnicas de enfermagem com quem convivi não cansavam de apontar essa prevalência numérica dos Munduruku. Dona Palmira, que morava num bairro da periferia, dizia que nas casas ao seu redor de “cada quatro, três eram de famílias Munduruku”. Todos esses dados, obtidos em conversas informais e completamente dissonantes dos dados oficiais do Município, chamavam atenção para uma percepção generalizada da presença proporcionalmente maior dos Munduruku e, por conseguinte, sua importância política e social no desenvolvimento e crescimento da cidade.

¹⁹ Burkhalter (1982) relata que as atividades de garimpo teriam se iniciado após a chegada da Fundação Brasil Central, por volta de 1959, baseado no artigo de Las Casas (1964).

Nos dois períodos de campo realizados para a tese, entre agosto e dezembro de 2008 e entre abril e julho de 2009, contava-se apenas com dois tipos de serviços bancários na cidade. Um era oferecido pelos Correios, através do “banco postal”, em associação com o banco privado Bradesco e o outro era da Caixa Econômica Federal (CEF). Ambos permitiam apenas operações de pagamentos e recebimentos. As limitações de movimentação bancária e a ausência de agências eram organizadas cotidianamente através dos conhecidos “dias de pagamento”, quando enormes filas se formavam em torno do caixa da CEF e nos correios. Enquanto o banco postal era um serviço obtido na loja dos Correios, o caixa da CEF, especificamente, era anexado ao maior supermercado da cidade, cujos donos eram um casal paraibano que migraram na década de 1990. Aramburu (1992 e 1994), ao estudar as mudanças sociais nas ‘relações de patronagem’ no interior amazônico em Roraima, nos atualiza sobre o caráter intermitente e não definido entre as relações monopolistas de patronagem e as relações comerciais baseadas na livre escolha. Esse parece ser o caso do comércio citado, que mantém aberto o caixa apesar dos donos reconhecerem “nem sempre ser lucrativo”, mas o único meio disponível para que as pessoas, seus fregueses, recebam seus salários e benefícios sem precisar viajar para Itaituba. Ao mesmo tempo, ao se endividarem fazendo compras no fiado, sofrem o abatimento do valor devido, com juros, no momento da retirada do dinheiro²⁰. A maioria das técnicas de enfermagem que moravam na cidade de Jacareacanga costumava recorrer frequentemente a esse sistema de crédito informal oferecido pelo comércio, endividando-se antes e pagando no ato do recebimento, gerando uma fidelização na relação entre o comerciante e os clientes, o que também se estendia aos Munduruku. No caso destes, a relação com os comerciantes também era constituída através do uso do espaço da frente do mercado, onde havia vários bancos e uma ampla marquise. O “comercial”, como era chamado localmente os mercados, era utilizado pelos Munduruku para obter serviços bancários essenciais, para comprar alimentos e utensílios, mas também para conversar e descansar, formando um local de encontro na cidade. Um comércio menor que ficava ao lado também possuía características similares. O espaço era dividido entre um armazém de mantimentos e um pequeno hotel. Na frente do armazém, o dono mantinha sempre uma televisão ligada em

²⁰ Segundo Aramburu (1994:13), na visão dos ribeirinhos e camponeses amazônicos, “não há, pois, unanimidade nem consenso a respeito das vantagens da patronagem perante o mercado, existem diferentes interpretações e preferências, diferenças que podem ser lidas em termos de uma análise social: experiências pessoais, alternativas de subsistência, posição que se ocupa nas relações sociais, enfim, diferentes orientações que nos ajudam a entender por que uns preferem o risco do mercado e outros a segurança do patrão.”

canais de TV aberta ou passando algum filme em DVD. Muitos Munduruku se reuniam em bancos para assistir, principalmente, novelas e filmes. A venda de bebidas alcoólicas era intensa nesse comércio em particular e a cachaça era a mais vendida entre os Munduruku²¹.

Havia, na cidade, uma diversidade de grupos sociais entre os quais se encontram famílias migrantes do Nordeste (primeira e segunda geração) quase sempre envolvidos com o comércio, migrantes recentes da região Sul voltados para a agricultura e pecuária, paraenses de Itaituba, Santarém e outras localidades envolvidos tanto no garimpo de ouro como nas áreas de saúde e educação do município e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e os Munduruku, que se relacionavam especialmente com as atividades políticas e das áreas de saúde e educação indígenas. Distribuídos através de segmentos profissionais como professores das escolas municipais, profissionais de saúde do hospital municipal, profissionais da FUNASA, da Casa de Saúde Indígena (CASAI), funcionários da prefeitura e secretarias, vereadores, militares da Força Aérea Brasileira (FAB), garimpeiros, agricultores, pecuaristas, extrativistas e comerciantes, esses grupos se distinguiam socialmente de forma mais visível em eventos festivos, como os bingos realizados pela igreja católica²², nas mesas de bares, nos locais de almoço e na própria circulação pela cidade.

Se os Munduruku eram percebidos como uma população numerosa nos discursos da população regional, também eram frequentemente associados aos problemas sociais do município. No caso da saúde, o conflito de atribuições sobre o

²¹ No artigo de Garnelo & Souza (2007) sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre as populações indígenas no Rio Negro, destacam-se a crescente facilidade de acesso à bebida e uma forma de consumo que extrapola os usos rituais do caxiri. Entre os Munduruku, nunca houve um uso tradicional de bebidas alcoólicas, de modo que o uso da bebida está intimamente relacionado a dois contextos: as festas do calendário nacional e cristão como o dia do índio, natal e festas juninas realizadas na aldeia e o consumo na cidade. Contudo, a situação deles se assemelha a dos indígenas do Alto Rio Negro, em outro ponto descrito no artigo, no que concerne à relação entre o consumo da bebida e o trabalho assalariado. Em geral, sempre que os Munduruku vão a cidade receber pagamentos de salários, benefícios e outros, usa-se o tempo na cidade para estar embriagado. Durante as festas na aldeia, também registrei o uso da bebida alcoólica até o fim do estoque disponível, e esporadicamente o posto de saúde era invadido à noite para consumo do álcool utilizado na farmácia. Entretanto, as mulheres na aldeia não faziam uso da bebida. Ver alguns trabalhos que aprofundam aspectos socioculturais da relação entre bebida alcoólica e povos indígenas: a tese de doutorado de Láercio F. Dias sobre o significado do beber entre os povos indígenas do Uaçá (2006) e a dissertação de mestrado de Maximiliano L. P. Souza (2004) sobre as relações entre alcoolização e violência no Alto Rio Negro e Langdon (2000). Para reflexões teóricas e/ou iniciais sobre o uso da bebida alcoólica em contextos culturais distintos ver Mandelbaum (1965), Douglas (1987) e Singer et al. (1992).

²² Segundo informações coletadas com o presidente da Câmara Municipal, a primeira igreja fundada na cidade foi a de Santo Antônio, perto da beira do rio. A segunda foi a igreja evangélica Batista, logo após a Assembléia de Deus, e em seguida, a de São Francisco, e as igrejas evangélicas Quadrangular, Igreja da Paz e Adventista do Sétimo Dia.

atendimento de indígenas residentes na cidade era flagrante. Quando estes procuravam diretamente atendimento na CASAI, em geral, acabavam sendo hostilizados pelos profissionais de saúde que afirmavam não serem mais responsáveis pelo atendimento, uma vez que o compromisso da FUNASA seria apenas com as populações aldeadas. Por outro lado, no hospital era comum que as profissionais de saúde buscassem apoio nas profissionais da CASAI em relação ao atendimento aos pacientes indígenas. Tudo se passava como se a divisão de atribuições que incidia sobre a organização da prestação de serviços no interior do Distrito Sanitário – Postos de Saúde, Pólo-Base, Casa de Saúde Indígena e Unidades Municipais de referência do Sistema Único de Saúde – recaísse numa divisão interna da própria população Munduruku, engendrando diferenças no atendimento a quem morava na aldeia, nos limites da Terra Indígena, e quem vivia na cidade e, portanto, “fora”. O argumento das técnicas de enfermagem na CASAI ao serem abordadas pelos Munduruku citadinos era de que a forma de entrada no sistema de saúde deveria ocorrer na unidade de referência do SUS no município, no caso, o hospital municipal. Assim, a noção restrita de Distrito como mera base territorial, submetida ao critério de fronteira territorial, claramente produzia desigualdades no processo de atendimento, que era utilizado no sentido de vincular a aldeia à identidade étnica a partir do itinerário dos pacientes, criando através de uma divisão irregular entre Subsistema de Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde, uma forma de poder que parece nos apontar para uma situação histórica²³ dos Munduruku na região. Essa análise das confluências assimétricas de poder nas relações entre os Munduruku e a sociedade local será utilizada ao longo da tese como suporte das análises das situações etnográficas ao longo dos capítulos. A ideia é mostrar como essas assimetrias se deslocam e são reapropriadas em contexto, ainda que nessa análise

²³ Tomo emprestado o conceito de situação histórica desenvolvido por Oliveira Filho em sua tese de doutorado sobre os Tikuna (1988). Contrária à reprodução de dualismos entre “tradicional e moderno” ou entre “sociedade nacional e grupos indígenas”, a noção de situação histórica pontua o contato interétnico como um “fato constitutivo” (*idem*, 1988:58), que em vez de pressupor um embate de sistemas, investe na descrição etnográfica das situações enquanto construções históricas complexas que não apenas reverberam nas relações entre povos indígenas e sociedade envolvente, mas constitui e organiza uma interdependência que desconstrói a noção de cultura como esquemas explicativos sobre o mundo e reorganiza a leitura das relações de poder e sua contribuição à própria organização social de “índios e brancos”. Aqui, as noções de antes e depois do contato cedem lugar a uma análise situacional das relações de poder atuantes no cotidiano das relações entre os povos indígenas e a diversidade de agências de contato. Segundo o autor, na análise que faz do contato interétnico no Alto Solimões, a situação histórica “poderia ser definida pela capacidade que assume temporariamente uma agência de contato de produzir, através da imposição de interesses, valores e padrões organizativos, certo esquema de distribuição de poder e autoridade entre os diferentes atores sociais aí existentes, baseado em um conjunto de interdependência e no estabelecimento de determinados canais para resolução de conflitos.” (*idem*, 1988:54).

situacional não estejamos engajados numa exegese de pontos de vista sobre a assistência à saúde para os Munduruku, por compreender que a própria inserção em campo delimitou limites e possibilidades da pesquisa através da rede de relações que permitiram a construção da interlocução com os profissionais de saúde.

A descrição a seguir nos permite qualificar melhor essa abordagem e as complexidades envolvidas no próprio desenrolar do trabalho de campo. Logo que cheguei à cidade, conheci uma das profissionais de saúde da CASAI de quem me tornei próxima. Ela me apresentou a várias outras colegas suas. Moradora da cidade há mais de dez anos, Palmira conhecia muita gente, mas curiosamente nenhuma das profissionais de saúde do hospital figurava em seu grupo pessoal de relações. A princípio, achei que encontraria uma diferença marcada apenas entre grupos de técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos (Boltanski, 1989). Apesar dessa divisão realmente existir, ela não era a mais significativa dentro do *campo*²⁴ da saúde local, pois havia disputas internas pautadas especificamente na distinção social entre profissionais de saúde do município e profissionais de saúde do Distrito e que utilizava o atendimento aos Munduruku como repertório de suas táticas de distinção social.

Continuando a apresentação da espacialidade de Jacareacanga, nas duas ruas centrais onde praticamente todo o comércio estava estabelecido, havia ainda o prédio da prefeitura, a Câmara Municipal e as Secretarias de Agricultura, Educação, Saúde, além da sede regional do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós, a Casa de Saúde Indígena e a Associação Indígena *Pusuru*²⁵. Logo na entrada da cidade, havia uma praça com quiosques de bebidas, comidas, sorvetes, onde televisores estavam sempre transmitindo apresentações de bandas de música regional paraense. O movimento na praça, porém, só começava a partir das seis horas da tarde. Ao lado, duas grandes quadras reuniam os jovens das escolas em campeonatos de vôlei e futebol. Essa praça também abrigava o encontro dos profissionais de saúde ao fim do dia. Era quando se marcavam claras distinções entre os funcionários da secretaria municipal de saúde e os da FUNASA. Dentre os funcionários da FUNASA, os grupos de técnicos de enfermagem e de enfermeiros também eram visivelmente separados. Assim, os critérios

²⁴ Utilizo aqui a definição bourdieusiana revista em Montagner (2006) especialmente pensando na aplicação da teoria do Bourdieu ao campo da saúde: “as oposições estabelecidas no campo de produção e consumo de bens de saúde partilhavam do mesmo tipo de homologia de outros campos sociais, ou seja, organizam-se e estruturam-se de acordo com as oposições historicamente dadas na sociedade.(...) a lógica de consumo dos bens médicos também se organizaria em torno da lógica de classificação dos grupos sociais.” (:525).

²⁵ Ver Introdução, nota de rodapé 11.

de escolaridade e instituição configuravam as alianças sociais mais aparentes. A enfermeira que coordenava as ações do DSEI se relacionava tanto com as enfermeiras das aldeias como com as técnicas administrativas do escritório regional. Já com as técnicas de enfermagem da CASAI e das aldeias era mantida uma distância social peculiar. Veremos como essa diferenciação estava pautada por uma lógica de atuação relacionada ao cotidiano das relações de trabalho com os Munduruku na aldeia.

Durante o dia, diversas famílias Munduruku, entre homens, mulheres, crianças, idosos, iam aos mercados e armazéns nas ruas principais comprando mantimentos, utilizando os serviços bancários da Caixa Econômica Federal, resolvendo problemas junto à prefeitura e à Associação *Pusuru*. Em geral, esses problemas estavam relacionados à regularização de documentos de identificação pessoal como Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), registros ou atualização em programas sociais do governo, como o bolsa-família²⁶. À noite, as famílias costumavam passear pela praça ou se recolhiam em locais provisionados pela prefeitura que eram divididos de acordo com a região em que se morava e cujas designações eram dadas pelos mesmos nomes das aldeias onde se localizavam Pólos-Base do Subsistema de Saúde Indígena (SSI)²⁷. Ainda, era recorrente que algumas famílias pudessem se hospedar na casa de parentes ou na casa do vice-prefeito. Porém, um trajeto comum era a Casa de Saúde Indígena (CASAI), apropriada pelos Munduruku como uma instituição de apoio, para além de uma unidade de assistência à saúde. A CASAI simbolizava uma disputa incessante nas interações com os profissionais de saúde, cujo discurso sobre o fluxo organizativo do DSEI conformava um dispositivo de poder sobre os usos diversificados que os Munduruku reivindicavam cotidianamente. A própria definição governamental, que entende a CASAI como uma instituição intermediária, que não presta diretamente atendimento médico, mas fornece um espaço de apoio para pacientes em tratamento se prestava quase que exclusivamente, no contexto da cidade de Jacareacanga, a receber pacientes em trânsito, isto é, deslocado de suas aldeias. Quando moravam na cidade, estes pacientes nunca permaneciam hospedados na CASAI. A disputa do significado dessas unidades de referência relativas ao DSEI, como a CASAI, o Pólo-Base e o Posto de Saúde estava na

²⁶ O Bolsa-família é um programa de transferência direta de renda criado em 2003 pelo governo federal, sob responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, para beneficiar e apoiar famílias com renda de até meio salário mínimo por pessoa ou de três salários mínimos no total.

²⁷ Nesse esquema de renominações pós-distrito, parecia ocorrer uma literal associação entre aldeias grandes e Pólos-Base de modo que um era tratado como sinônimo do outro. Os nove Pólos-Base do DSEI-Rio Tapajós eram conformados nessa dinâmica nominativa.

base dos conflitos em torno do atendimento à saúde indígena, assunto que será retomado ao longo da tese.

Meu primeiro e principal contato na cidade era uma senhora que trabalhava na CASAI. Por isso, logo passei a freqüentar o local diariamente e observava o fluxo das famílias, bem como a atuação das técnicas de enfermagem como Palmira. A técnica, porém, não era chamada dessa forma pelos Munduruku. Enfermeira era o título de todas as pessoas que desempenhavam a tarefa de assistência direta, seja dando um remédio, preenchendo um cadastro ou verificando um registro, entre outros. A diferenciação ocorria, entretanto, numa distinção prática de que havia uma chefia entre as ‘enfermeiras’. A enfermeira-chefe, como era conhecida a única enfermeira da CASAI, era acionada em momentos de crise, isto é, eventos que detonavam um processo de mediação. As outras profissionais de saúde, técnicas de enfermagem, eram as enfermeiras simplesmente. É importante destacar como o exercício dessa não distinção pelos Munduruku ressaltava a dimensão das relações de poder entre as profissionais de saúde. Mesmo sem distinguir nominalmente, a maneira como se reportavam às enfermeiras já indexava a compreensão de como essas profissionais se distinguiam umas das outras.

Vale ressaltar, para endossar o argumento da confluência de assimetrias nas relações, que as técnicas de enfermagem sempre explicavam que eram chamadas assim pelos Munduruku porque estes não sabiam ou não queriam fazer a distinção entre técnicas e enfermeiras. Nas ações rotineiras, porém, essa distinção nunca era mencionada ou corrigida por elas. Apropriando-se seletivamente de formas de organizar e classificar as ações em saúde, ora se apropriando de elementos normativos da política de saúde, ora se apropriando da lógica Munduruku sobre essas ações, os profissionais de saúde estavam inseridos cotidianamente numa produção de sentidos compartilhada e, ao mesmo tempo, disputada entre eles e com os Munduruku. Os usos diversificados da estrutura da FUNASA bem como o estabelecimento cotidiano de um fluxo organizativo das ações em saúde, portanto, não conformavam uma conduta exclusivamente Munduruku, pois como pretendo mostrar, os profissionais de saúde também estavam amplamente engajados nas apropriações diversas que as ações de saúde, como classificação do outro, de si e dos objetos em disputa, admitiam.

As reivindicações produzidas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena dificilmente focalizam essa esfera compartilhada do conflito entre profissionais de saúde e povos indígenas. É como se a problemática em torno das demandas indígenas,

um dos assuntos mais candentes dessa política setorial, dependesse mais de uma produção de consenso interna aos povos indígenas, através do elogio proferido constantemente às instâncias de controle social nas conferências, enquanto, por outro lado, a promoção da saúde é gradativamente significanda como uma questão educativa e, mais ainda, atrelada essencialmente ao Agente Indígena de Saúde (AIS), como mediador, e aos enfermeiros como supervisores e educadores dos AISs, como veremos no capítulo 4. Assim, o aumento do número de especialistas na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) aparece como um investimento necessário para a melhoria do atendimento. Sem discordar absolutamente de que é necessário aumentar o contingente de profissionais na saúde indígena, a discussão sobre a forma dos conflitos cotidianos deve ser cautelosamente abordada para que essa, assim como tantas outras reivindicações legítimas para a melhoria da saúde indígena, não caia num vazio sociológico em que os conflitos se resumiriam a problemas entre “indivíduos” e não entre sujeitos posicionados socialmente. Uma das situações etnográficas que trazem mais claramente a complexidade das relações cotidianas entre os Munduruku e os profissionais de saúde diz respeito a uma rotatividade interna à Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). A coordenadora local do DSEI distinguia escalas de trabalho entre técnicas de enfermagem e enfermeiras através de uma rotatividade diferenciada entre os dois grupos. As técnicas de enfermagem dificilmente permaneciam muitos meses no mesmo Pólo-Base, pois a coordenadora costumava alterná-las continuamente e era comum que uma técnica que trabalhasse pelos menos alguns anos na saúde indígena conhecesse uma quantidade muito maior de aldeias em comparação às enfermeiras. Num primeiro momento, achei esse dado simplesmente curioso. Eu imaginava, erroneamente, que o interesse da coordenadora seria agrupar os funcionários de acordo com afinidades particulares de trabalho ou segundo a experiência de cada funcionário. No entanto, o elemento distintivo que justificava essa operação não eram apenas relações entre os profissionais de saúde, mas claramente entre estes e os Munduruku. Como me explicou a própria coordenadora, era no intuito de “reduzir o grau de intimidade com os indígenas”, que as técnicas “rodavam” mais que as enfermeiras para que as últimas não tivessem sua autoridade comprometida no momento da resolução de conflitos em torno do atendimento.

Esse exemplo desperta, pois, para as condições de uso do termo ‘enfermeira’ pelos Munduruku e as táticas da coordenadora local para que essa diferença aparecesse e operasse. Longe de querer contrapor um dizer a um fazer como elementos disruptivos

das relações sociais, apenas reitero que o termo “técnica” servia menos para indicar um nível de formação escolar ou o desenvolvimento de um trabalho virtualmente isolado de elementos interativos do que para indicar uma forma de relação com os Munduruku. Os dados etnográficos apontaram que era possível criar lógicas de classificação alternativas que colocavam os profissionais de saúde em disputa quanto ao significado de suas próprias ações, tendo os Munduruku como um poderoso repertório de sentidos a serem oportunamente acionados.

A Casa de Saúde Indígena – CASAI

Uma das primeiras atitudes que tomei ao chegar na CASAI foi realizar um mapeamento dos funcionários. Chamou minha atenção que o grupo de técnicos de enfermagem era o único que equiparava homens e mulheres havendo, no entanto, clara distinção étnica nesse grupo: cinco mulheres não-indígenas e três homens Munduruku. Já na cozinha o domínio Munduruku era uma exigência generalizada entre os mesmos, que desconfiavam dos brancos para preparar os alimentos dos doentes e alegavam que estes não entendiam algumas restrições alimentares seguidas tanto por gestantes, homens em resguardo por seus bebês recém-nascidos e doentes – situação semelhante a descrita por Garnelo & Wright (2001) entre os Baniwa no Alto Rio Negro. Entre os quatro motoristas contratados, todos eram não-indígenas. A única categoria que contava com uma divisão ‘igualitária’ em relação tanto a gênero quanto a etnia era a de serviços gerais, cujas atuações eram menos disputadas entre profissionais de saúde e Munduruku. Como não havia nenhum Munduruku entre os motoristas, isso parecia sugerir uma estratégia da coordenação para impedir que o carro tivesse usos determinados segundo as necessidades e entendimento dos Munduruku sobre a questão.²⁸

Na CASAI, o trabalho das técnicas de enfermagem girava em torno da administração dos remédios prescritos aos Munduruku²⁹. Elas ficavam sempre numa salinha localizada logo na entrada da casa. A circulação de pessoas era intensa. Palmira

²⁸ Essa é uma tensão encontrada em várias outras áreas indígenas. Ver tese de doutorado de Garnelo (2003), e também Erthal (2003) e Langdon et al (2006).

²⁹ Interessante notar que apesar de técnicos de enfermagem, os Munduruku que ocupavam esses cargos, tinham atribuições diferentes das técnicas de enfermagem não-indígenas que analiso. Um deles era conhecido como “o braço direito” da enfermeira-chefe, atuando no despacho de documentos e transporte aéreo de pacientes. Os outros dois se alternavam no acompanhamento de consultas hospitalares para fazer tradução dos diálogos, além de também ministrar os medicamentos diariamente.

ficava de um lado para o outro preparando doses de nebulização, xaropes, antibióticos para os horários fixos de medicação, além de um fluxo contínuo de pessoas que apareciam para tomar os remédios atrasados ou adiantados. O trabalho das técnicas poderia ser visto superficialmente como uma atividade mecânica ou residual: preparar medicação, distribuir senhas para as refeições, anotar papéis de registro de vários tipos. Uma das minhas primeiras ocupações na CASAI foi buscar compreender o intenso fluxo de papéis aos quais essas profissionais se dedicavam com afinco, e que rendia sempre muita “dor de cabeça”. Solicitadas ao preenchimento correto e completo das informações, sem que se considerassem as dificuldades envolvidas nesse processo, as técnicas costumavam maldizer essa parte do trabalho. Assim, havia o formulário de consulta, os formulários de referência e contrarreferência que comunicavam cada setor do ‘fluxo organizativo’ sobre a trajetória do paciente, o registro de cada dose das medicações ministradas num determinado tratamento, o registro de casos de malária, registro de casos de tuberculose, o registro de pacientes e acompanhantes e, por fim, o registro dos principais eventos do dia no chamado “livro de ocorrências”. Nesse livro, se anotava a chegada de algum paciente grave e eventuais falecimentos. Na maioria dos dias, encontramos relatos do tipo “ambiente calmo e limpo”. Contudo, também era possível deparar-se com demandas reprimidas das técnicas de enfermagem, que usavam o espaço como meio de reclamar, sem precisar verbalizar diretamente para a enfermeira e/ou para os próprios Munduruku³⁰.

A princípio, a comunicação com os Munduruku parecia muito escassa. Uma cena comum de ver era a pessoa entrar, esperar, receber o remédio, tomar e ir embora sem trocar uma palavra com ninguém. Entretanto, também notei que Palmira reconhecia facilmente a maioria das pessoas. Quando chegavam pela primeira vez, ela costumava perguntar como andavam as coisas “para lá” e como estava a família. Por outro lado, quando não reconhecia de nenhuma forma e não sabia dos problemas de saúde da pessoa por experiência própria, a figura do Agente Indígena de Saúde (AIS) se fazia

³⁰ Num dos casos que acompanhei, a técnica de plantão na CASAI escreveu indignada sobre uma briga que havia acontecido entre duas mulheres Munduruku. Uma residia na cidade e a outra estava internada. A primeira “invadiu” o local à noite e provocou a briga. Várias mulheres vieram avisar a técnica de enfermagem que acabava de voltar de uma visita de rotina ao hospital. A técnica, então, utilizou o “livro de Ocorrências” para reclamar da falta de segurança e das péssimas condições de trabalho na CASAI por não haver sequer um vigia ou porteiro à noite para controlar a entrada e saída de pessoas. Ela ainda aproveitou a ocasião para lembrar o caso de um homem que pouco tempo atrás havia derrubado uma parte do muro da CASAI quando estava bêbado.

imprescindível.³¹ Assim, as interações por mais silenciosas que parecessem, a princípio, nunca eram estanques, isto é, nunca sugeriam que o manejo técnico tivesse um caráter menor perante a situação dialógica. Ao contrário, na medida em que Palmira se apropriava da experiência pregressa nas aldeias e a utilizava como um “estoque de conhecimento à mão” (Schutz, 1979)³² para realizar o atendimento, tornou-se clara a importância das narrativas dessas profissionais. Nesse sentido, chamaria atenção para o fato de que a conhecida alta rotatividade (admissões e demissões) dos profissionais de saúde, presente em numerosos trabalhos de antropologia na área de saúde indígena e que também faz parte da realidade por mim pesquisada, não se confunde com aquela rotatividade interna ao DSEI que descrevi e que era bastante significativa na narrativa das experiências das técnicas de enfermagem como Palmira, cujo histórico de conhecer quase todas as aldeias conformava um elogio em seu meio social quanto a sua habilidade enquanto profissional da saúde indígena³³.

De acordo com minha observação diária e acompanhamento dos atendimentos, apoiada na análise de alguns livros de registro da CASAI em 2008, foi possível apontar algumas regularidades no tipo de atendimento realizado nessa instituição. Segundo aponta o livro de entradas de 2008 da CASAI, podemos confirmar a importância dos acompanhantes nos itinerários de tratamento dos Munduruku, sendo que este número excedia levemente a quantidade de pacientes. Além da rotina em torno dos medicamentos, uma cena igualmente comum eram as crianças fazendo nebulização, de modo que o aparelho era usado ininterruptamente atendendo os casos de gripe. Na verdade, dificilmente uma criança com gripe ficava sem fazer nebulização, sendo um recurso extremamente utilizado na CASAI. No livro de registro de entrada, os homens apareciam como pacientes em situações ligeiramente diferentes de mulheres e crianças. Enquanto as mulheres gestantes formavam um grupo assíduo de pacientes e o grupo das crianças girava em torno dos constantes tratamentos de infecções respiratórias, era possível reparar que entre os homens não havia esse tipo de especificidade. Assim, tanto

³¹ Palmira estava sempre tecendo elogios a respeito do AIS que trabalhava com ela na CASAI, dizendo ser estudioso, esforçado e muito educado.

³² O estoque de conhecimento à mão é uma categoria utilizada por Schutz (1979:100) em torno da estruturação das ações cotidianas. Considerando-o um elemento de qualquer situação biográfica, o autor pondera que o estoque de conhecimento à mão é determinado pela diversidade de níveis de interesse do sujeito sobre o cotidiano que o cerca. Esse conceito será utilizado outras vezes para qualificar a experiência dos interlocutores da pesquisa de campo.

³³ O tempo de trabalho em aldeia também “habilitava” algumas técnicas de enfermagem para trabalhar na CASAI perante a chefia administrativa, era como uma espécie de reconhecimento pelo serviço prestado nas aldeias, principalmente mulheres com mais de cinquenta anos ou mais velhas em relação às demais. Esse foi o caso de Palmira que, após mais de cinco anos nas aldeias, fora transferida para a CASAI.

homens quanto mulheres de todas as faixas etárias apareciam com malária, tuberculose, problemas de estômago e coração. Interessante mencionar que a identificação de um diagnóstico médico não constava nesse livro de registro que era de uso das técnicas, onde se anotavam prioritariamente os sintomas descritos pelos pacientes ao darem entrada na instituição. Os sintomas físicos mais comuns eram dor na barriga, dor na cabeça e dor no peito. A rotina da CASAI também estava intensamente relacionada ao tratamento sintomático dessas dores e também se constituía como um lugar de hospedagem onde se aguardava resultados de diversos exames das consultas realizadas em torno dessas queixas registradas no livro de entrada. Vale destacar que os pacientes de malária e tuberculose eram aqueles que mais preocupavam as técnicas de enfermagem, que permaneciam atentas ao processo de tratamento dessas pessoas. Um recurso continuamente utilizado por elas, por exemplo, era manter os medicamentos desses pacientes guardados em caixinhas de papelão com seus nomes escritos em letras garrafais e guardados separadamente das outras medicações, para que fosse fácil visualizar naquele mundo de medicamentos e papéis, quais eram os pacientes que não poderiam ser “perdidos” na rotina diária dos atendimentos da CASAI.

Vale ainda destacar as características físicas da instituição. A Casa de Saúde Indígena se localizava no centro da cidade, ao lado do comércio, distante uns duzentos metros do hospital municipal. A porta de entrada não era trancada e nem contava com qualquer tipo de funcionário como vigilante ou porteiro. Assim, a circulação de pessoas era livre, algo que os Munduruku valorizavam em relação às CASAIs de Itaituba e Belém, cuja livre circulação não era permitida. Após a entrada, havia um longo corredor que agregava todas as salas da parte interna da Casa. Além da sala de atendimento onde a medicação era distribuída e ministrada, havia dois quartos de dormir, uma sala de curativos e duas salas administrativas, uma para o gerente da logística de alimentos, como era chamado, e outra para a enfermeira-chefe. Vale esclarecer que na sala dessa enfermeira ficava o estoque de medicamentos e na sala das técnicas apenas os medicamentos em uso. Deslizando para os fundos, temos ainda uma sala que era a antiga cozinha e virou um depósito de alimentos. Ao lado, uma porta levava para a parte externa da CASAI: um grande pátio de terra batida, com várias construções. À direita, a nova cozinha, com uma daquelas janelinhas por onde se serviam as refeições, à esquerda uma espécie de tenda com vários bancos do tipo escolar, mesas e uma televisão. Nos fundos do pátio se localizavam mais quatro quartos de dormir e dois banheiros com chuveiros. Essa era sua estrutura básica.

O pátio era o lugar mais freqüentado pelos Munduruku. Nesse espaço eles podiam se reunir debaixo da enorme mangueira que havia, fazer fogueiras onde costumavam cozinhar peixes e carás que traziam consigo, produzir remédios próprios (como chás, unguentos e outras substâncias que defumavam nas fogueiras) e também foi o local onde observei o pajé fazer alguns atendimentos na cidade. Desse modo, o pátio era um local fundamental para o desenvolvimento de diversas atividades importantes para os Munduruku. O principal aspecto que chamava atenção nas acomodações eram, sem dúvida, os quartos de dormir absolutamente ínfimos comparados ao número de pessoas que se alojava neles. Imaginemos que num quarto mediano, medindo aproximadamente nove metros quadrados, mais de vinte redes podiam ser contadas, frequentemente. Essa superlotação aliada ao calor intenso à noite era impressionante, principalmente nos quartos internos cuja ventilação era comprometida.

O cenário que descrevi estava inserido no contexto do término de uma recente reforma, de onde surgiu a tenda com os bancos e a televisão em meio ao pátio, anteriormente ocupado apenas por uma mangueira e de livre circulação das pessoas. Ao visitar a CASAI outras vezes, após a reforma, o maior estranhamento se deu quando percebi qual havia sido a ênfase da mesma. Nada do que descrevi aqui foi estruturalmente modificado. A comentada reforma se resumiu ao conserto de um problema de tubulação de esgoto nos fundos e à construção da tenda, mas a quantidade de quartos ou qualquer aspecto dos mesmos não havia sido modificado. A reforma não alterara em nada as acomodações nos quais os Munduruku permaneciam, mas modificou a área central do pátio, espaço ativamente ocupado pelas famílias Munduruku, reduzindo a área para a produção de fogueiras, por exemplo³⁴.

Na aldeia, na beira: durante e depois do seringal.

A aldeia Grande³⁵ não ficava muito longe da cidade. Em uma “voadeira³⁶” com motor 40HP podia se percorrer o trecho em cinquenta minutos, a montante do rio Tapajós. Já se fosse com um pequeno motor do tipo “rabetá”, o percurso aumentava para duas horas e meia no caminho para a aldeia, e uma hora e meia na direção da

³⁴ Ver foto do pátio reformado da CASAI em anexo.

³⁵ O nome da aldeia, assim como o nome das pessoas, segue o mesmo princípio de anonimato explicado na Introdução e é, também, fictício.

³⁶ Expressão local para os barcos com motor de popa.

cidade. Dentre as diversas aldeias distribuídas ao longo das cabeceiras do rio Tapajós, a Grande teve uma história longa de contato. Já nos idos de 1940 era local de exploração de borracha, além de ter sido um local de concentração para Mundurukus que garimpavam, posteriormente, em meados dos anos 60. Uma tese defendida em 1982, por Burkhalter, discorre sobre as relações dos Munduruku com a atividade garimpeira e fornece algum registro específico sobre o envolvimento dessa população que residia à beira do Rio Tapajós. Por estar localizada entre a desembocadura dos rios Cabitutu e Cadiriri, a aldeia recebia um fluxo contínuo de homens interessados no garimpo e que utilizavam o local como paragem em casa de parentes (1982:11), permitindo uma circulação intensa no período.

No período ocupado por seringais, residia no local o dono do seringal de origem portuguesa, conhecido como Maneco Pereira³⁷. Era onde viviam várias famílias migradas da região Nordeste e algumas Munduruku. O relato de uma senhora Munduruku que já morava no local nessa época, confirma esse dado. Segundo a mesma, com o esmorecimento progressivo dos seringais e a morte de Pereira, o local foi abandonado pelas famílias não-indígenas. A população cresceria paulatinamente nas duas décadas seguintes e, em 1980, Burkhalter registrou 22 casas e 207 pessoas. Segundo os dados da minha pesquisa, havia na aldeia, em 2008, cerca de 110 a 120 casas, totalizando uma população de 750 pessoas.

Um dos caciques me relatou sua chegada no começo da década de 50, num período em que a região era um seringal comandado por Maneco Pereira (Ramos, 2000:141). Antes, Vitor morava numa aldeia que ficava nos Campos³⁸, no igarapé Cadiriri, e se mudou para a Grande aos 10 anos mais ou menos. Apenas Dona Rosa³⁹ morava ali, pois “ainda era lugar de branco, regatão”. Quando jovem, Vitor chegou a morar seis anos em outra aldeia, onde tinha uma esposa e uma filha de um ano e seis meses que faleceram em decorrência do sarampo. Ele recordou que não havia informações disponíveis nessa época sobre a doença. Assim, ele retornou para a aldeia

³⁷ Segundo registros recuperados pela dissertação de Ramos (2000), o dono de seringal e regatão chamava-se Manoel Sebastião Pereira.

³⁸ Campos ou Campo é a forma usual com que são chamadas as localidades mais centrais da Terra Indígena Munduruku, afastada da beira dos rios, numa zona de transição da floresta amazônica para o cerrado. Os campos são considerados o local de ocupação tradicional do grupo e de seu surgimento mítico. Para evitar quaisquer equívocos de sentido, utilizarei o termo sempre com letra maiúscula e no plural. Campineiro também era nome usado pelos Munduruku que habitam ou habitavam os Campos.

³⁹ Dona Rosa era a moradora mais antiga da aldeia, com 87 anos. Ela me contou sobre o tempo dos regatões, confirmando que havia muitas famílias do Nordeste que trabalhavam para o seringalista e, com a queda deste comércio, abandonaram o local. Nesse período, as famílias Munduruku eram em número pequeno, possivelmente três ou quatro.

Grande, casou-se e nunca mais se mudou. Nesse retorno, muitas famílias munduruku também começavam a chegar e a se fixar no local.

Ainda, segundo Ramos (2000:141), interessado no significado dos movimentos de deslocamento dos Munduruku dos interiores para a beira dos rios, a área onde se localiza a aldeia Grande teria recebido um fluxo específico de Mundurukus provenientes de duas aldeias tradicionais dos Campos⁴⁰. Atualmente, a aldeia Grande está inserida num circuito de movimentação dos homens jovens, provenientes tanto dos rios Cadiriri, Cabitutu, Cururu como Teles Pires e Rio das Tropas, dentro da perspectiva de preferência pela residência uxorilocal. A aldeia recebe, ainda, algumas famílias por conta de acusações de feitiçaria⁴¹. Assim, o histórico de formação da aldeia se relaciona a um conjunto de movimentações históricas realizadas pelo grupo durante boa parte do século XX e que continuam a ser valorizadas cotidianamente. Assim, durante um levantamento das famílias que realizei em 2008, conversando com as pessoas sobre suas roças e o que era cultivado, registrei diversas famílias que possuíam malocas de ocupação sazonal nas proximidades da aldeia, principalmente nos igarapés Cabitutu e Cadiriri – uma atividade exercida frequentemente entre os antigos moradores dos Campos.

Uma Missão Batista na aldeia: o primeiro relato de assistência em saúde

Em 1966, uma missão Batista, com sede no Rio de Janeiro, se estabeleceu na aldeia através de um casal de missionários suíços. Para o filho do casal, que assumiu a missão há alguns anos, a consolidação da mesma se deu a partir da “conversão” de um dos caciques, Vitor, seis anos depois da chegada dos missionários. Na época, 1972, o casal de missionários havia construído uma casa em estilo alemão à beira do rio, mas na década de 90 ela foi transformada na construção atual, um templo e uma casa de alvenaria, rodeados por uma cerca de madeira. Nos fundos, foram construídos recentemente uma pequena padaria e um galpão de costura⁴².

⁴⁰ Com efeito, todas as lideranças com mais de quarenta anos relatavam ter nascido nas aldeias dos Campos, região mais central da Terra Indígena Munduruku atual.

⁴¹ Esse tipo de deslocamento é registrado também por Murphy (1958).

⁴² Tanto a padaria como o galpão de costura partiram de iniciativas da missão para o “desenvolvimento comunitário”. A fabricação de pães ocorria quase todos os dias e era vendida por cinquenta centavos cada bisnaga. Não foi possível saber como essa fonte de renda era distribuída. No caso do galpão, as três mulheres que trabalhavam produziam roupas esporadicamente e a venda era irregular, sendo que na ocasião de montar festas juninas na escola em 2009, essa produção foi assumida pelas mulheres no galpão, mas não foi vendida e sim doada.

Segundo relatos do cacique Plínio⁴³, a chegada da missão introduziu e possibilitou a aquisição de medicamentos, roupas e utensílios variados, sendo uma das formas principais de construção da relação com os Munduruku⁴⁴. Nos primeiros anos, antes da chegada do Posto da FUNAI, a missão mantinha uma pequena farmácia organizada e dirigida pela primeira missionária. Ela trouxe uma irmã, enfermeira, que residiu na aldeia por alguns anos. É importante perceber que essa memória da missão relatada por um dos caciques nos oferece boa chave de leitura desse primeiro período de assistência médica que, assim como muitos outros exemplos etnográficos, esteve associado aos missionários se configurando como importante recurso nas trocas com os Munduruku. Além dessa frente de atuação, ainda na década de 70, a missionária começa o ensino de português para os filhos dos caciques⁴⁵. Paralelamente, a missão se engajava no trabalho de tradução do novo testamento da bíblia para a língua Munduruku através do intenso trabalho de Plínio durante dois anos consecutivos. Essas duas frentes de atuação, ensino da língua escrita, alfabetização, tradução da bíblia e, por outro lado, assistência à saúde estão presentes em muitos outros contextos de missões religiosas entre povos indígenas no Brasil⁴⁶. Mas, no caso em tela, é preciso estar atento para uma

⁴³ Na aldeia havia dois caciques atuantes. Primos e pertencentes ao mesmo clã, eles disputavam os espaços relacionados à educação e saúde. Pode-se afirmar que a área de saúde era mais bem acompanhada pelo cacique Plínio, enquanto a educação era ocupada predominantemente pelos filhos de Vitor.

⁴⁴ A construção de um Posto da FUNAI ocorreria por volta de 1970, embora a instalação do primeiro posto do SPI na região do alto Tapajós tenha ocorrido entre 1940 e 1942 (Ramos, 2000:71), exatamente no período de retomada do interesse comercial pela borracha e de recrudescimento do comércio dos regatões e donos de seringais na região (idem: 121). Segundo relatos do cacique Plínio, até 1970 havia a prestação de assistência de saúde oferecida pela missionária, que trouxera diversas medicações, entre antitérmicos, antiinflamatórios, antibióticos e soros antiofídicos. Com a chegada da FUNAI, a gerência das questões de saúde ficava a cargo de auxiliares de enfermagem que permaneciam na aldeia por longos períodos de até um ou dois anos sem trocas do tipo “escala”, mas com período de férias. Assim, o tempo de permanência dos antigos funcionários de saúde era similar ao que registrei em 2008 e 2009 para o chefe de posto local da FUNAI e para os professores não-indígenas da aldeia. Esses funcionários moravam na aldeia e se ausentavam apenas nos períodos de férias.

⁴⁵ Nos anos 80, houve um fluxo grande de famílias das aldeias vizinhas para frequentar a escola de primeira a quarta série do ensino fundamental que foi fundada em 1981. Nos anos 90, muitas aldeias vizinhas fizeram suas próprias escolas de ensino fundamental de primeira a quarta série. Até 1995, apenas professores não indígenas lecionavam até que Simão, filho caçula de Vitor, assumiu o cargo e se tornou o primeiro professor indígena da escola. No início, seu trabalho era vinculado ao da missionária, alfabetizando na língua munduruku as crianças aos domingos. Através do desenvolvimento de uma política nacional de educação escolar indígena, cujas diretrizes foram lançadas em 1993 pelo Ministério da Educação (MEC), houve um aumento no número de professores e outros professores Munduruku foram formados. Em 1997, José, outro filho de Vitor, assumiu a creche da escola, onde habitualmente contava as “histórias dos antigos” e estimulava os alunos para períodos de convivência específica com o pai e a mãe em atividades de caça e roça, segundo me relatou. Além deles, o filho mais velho de Plínio, Mauro, também ministrou aulas por quatro anos, mas desistiu da carreira para se tornar técnico de enfermagem. Ele acabou se mudando para a cidade com sua família e, atualmente, era o filho mais novo de Plínio, Ivo, que trabalhava no posto de saúde na aldeia como microscopista.

⁴⁶ Ver coletâneas de Wright (1999) sobre múltiplos sentidos das conversões religiosas entre povos indígenas e Montero (2006) para uma teoria da mediação cultural na qual a figura do missionário adquire

mudança significativa na organização da missão. Contando apenas com um casal, ainda hoje⁴⁷, as atuações eram um tanto limitadas e entre os Munduruku poucos se dedicavam a tarefas relacionadas à igreja. Os caciques e seus filhos, por exemplo, indicavam ter havido maior relação principalmente quando as áreas de educação e saúde se concentravam em torno da figura da primeira missionária. Quando essas áreas foram capitalizadas pela estrutura de atendimento da FUNAI, tais lideranças acompanharam de perto esse processo, que hoje continua através da participação assídua das famílias dos chefes Munduruku no Posto de Saúde da FUNASA e na Escola.

O filho do primeiro casal de missionários nasceu na aldeia, onde passou alguns anos de sua infância. Coursou o período de escola regular na Suíça e fez um curso de aviação no Rio de Janeiro. À época do trabalho de campo, ele residia com sua esposa e dois filhos pequenos em Itaituba e realizava constantes viagens à aldeia a bordo de um monomotor particular. As ações da missão estavam focadas principalmente em projetos de “desenvolvimento comunitário e sustentável”. Segundo a atual missionária, o foco de seus interesses seria a “subsistência e geração de renda para as famílias”. Durante minha estadia, pude observar as principais formas de atuação e aspectos do cotidiano da relação que valem a pena retomar para nos permitir um sobrevôo aos principais elementos que compõem as relações formais estabelecidas pelos Munduruku da aldeia Grande com essa missão evangélica na região do Tapajós⁴⁸.

Numa coletânea recente, Montero (2006) faz uma releitura teórica do processo histórico de produção de alteridades indígenas por parte dos missionários e sugere que tal processo não pode ser reduzido a uma “ferramenta pura e simples de dominação colonial” (2006:33). Antes, as configurações culturais provenientes dessas relações devem ser tratadas a partir de uma crítica ao binarismo da relação colonizador/colonizado elegendo o contexto colonial como uma situação transcultural cujas mudanças de circunstâncias devem ser rigorosamente analisadas. Ao reposicionar o cenário do contato como um cenário de relações essencialmente transversais e

estatuto de agente produtor de sentidos da alteridade, além dos artigos de Almeida (2000 e 2006), que tratam especificamente de missões evangélicas, buscando mapear realidades etnográficas diversas sobre a atuação desse grupo de missionários. Por último, o artigo de Kahn 1995 oferece um levantamento sobre a distribuição de missões religiosas em áreas indígenas.

⁴⁷ Segundo me contou o atual pastor, filho do primeiro casal de missionários, seu pai faleceu poucos anos após ter iniciado a missão na aldeia, ao cair de uma árvore. A partir de então, foi sua mãe quem conduziu a missão por mais de vinte anos até que ele mesmo assumisse com a esposa as atividades.

⁴⁸ É preciso esclarecer ao leitor que é histórica a presença das missões católicas na região do Tapajós, para não dar uma impressão enviesada pelo caso em tela. Amoroso (2006) descreve a atuação dessas missões católicas a partir de uma missão capuchinha e, recentemente, Collevatti (2005) defendeu dissertação sobre a presença da missão católica no rio Cururu, cabeceiras do Tapajós, desde 1912.

descentradas, a autora espera superar algumas generalidades dos estudos pós-coloniais como a ideia das posições múltiplas do sujeito, isto é, a conhecida noção de identidade fragmentada de Stuart Hall. Assim, a autora incorpora a crítica do antropólogo Marshall Sahlins ao afirmar que “ênfatizar a análise das relações descentradas através de uma ideia de mediação que supere o dualismo não significa simplesmente postular a existência de sujeitos híbridos, mas sim analisar histórica e simbolicamente as condições e os modos de sua produção” (2006:44). Considerando essa reflexão teórica pertinente ao contexto da missão batista na aldeia, gostaria de destacar alguns elementos que ajudam a compor o cenário mais abrangente dessas relações. A metodologia dessa teoria de mediação cultural propõe uma descrição dos jogos de comunicação que se estabelecem entre nativos e missionários. Guardadas as proporções da análise sobre os missionários dentro da proposta desta tese, gostaria de descrever alguns episódios em que ruídos de comunicação se revelaram desafios à elaboração das alteridades indígenas e que, inclusive, nos permitem antecipar aspectos mais gerais das tensas relações no *campo* da saúde que serão discutidas nos próximos capítulos.

Uma das principais preocupações dos missionários era, como disse, atuar através da égide do desenvolvimento comunitário. Naquele momento, eles buscavam uma linha de financiamento junto ao NER⁴⁹ para produção comunitária de óleo de castanha, entre outros produtos locais. A principal motivação que aparecia em seus discursos durante reuniões com os Munduruku era o bem sucedido contrato que os Kaiapó mantinham com a empresa *Body Shop*⁵⁰ (que servia como um modelo exemplar a ser seguido). O casal de missionários mostrava, no entanto, intensa preocupação com um aspecto específico das relações entre os Munduruku e as políticas governamentais: o recorrente interesse dos primeiros em reivindicar equipamentos como motores de luz, motores de popa, combustível, Postos de Saúde, etc. em vez de discutir os termos da construção da política setorial de governo dirigida a eles. A demanda por esses bens materiais era vista, no mínimo, como uma prioridade equivocada dentro dos espaços políticos de reivindicação como as reuniões sobre programas de governo, as assembléias anuais dos Munduruku e as reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), por exemplo. Assim, a atuação da missão batista apresentava duas características marcantes:

⁴⁹ A sigla refere-se ao Núcleo de Estudos em Regulação da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (EBAPE), Fundação Getúlio Vargas.

⁵⁰ Esse contrato, porém, foi suspenso depois da criação do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético por medida provisória de 2001. Para saber mais sobre a relação entre os kaiapó e a Body Shop ver Anderson & Clay (2002)

uma variedade de projetos de desenvolvimento comunitário e a presença constante nas reuniões nas aldeias nos quais buscavam articular essa lógica do desenvolvimento participativo⁵¹ ao projeto missionário.

Nesse sentido, a perspectiva elaborada por Montero sobre os missionários e na qual enfatiza as relações vividas e seu espaço de produção como os objetos da reflexão antropológica não deve ser descartada. Todas essas pressões, e que não partiam somente da missão⁵², para que os Munduruku avaliassem as políticas governamentais de uma maneira determinada causavam ruídos constantes na comunicação e desconfiança generalizada. Assim, a relação com os missionários era permeada por uma intensa troca de coisas e palavras, e se reconfiguravam de modo a exaltar em certos momentos o sentimento de desconfiança⁵³ e, em outros, o sentimento de parceria e solidariedade⁵⁴. A seguir, apresento alguns exemplos de como essa forma de relação estava estabelecida e as tensões associadas.

No período em que visitei a casa da missão, muitas pessoas batiam à porta oferecendo peixes e todo tipo de comida. A cena se repetia ininterruptamente: chegavam com algo e imediatamente se entregava uma bolacha, um bolo, ou qualquer produto de mercado. Nesses momentos, as palavras trocadas eram mínimas. Quando estávamos na cozinha conversando, certo dia, apareceram à porta duas crianças que

⁵¹ Para uma análise crítica da noção de desenvolvimento na Antropologia ver Salviani (2010). Neste artigo, o autor realiza revisão bibliográfica visando reconsiderar o tipo de engajamento dos Antropólogos em projetos permeados pela noção de desenvolvimento, sendo necessário haver um questionamento da própria categoria de desenvolvimento. Esta seria, na visão do autor, a contribuição antropológica por excelência ao campo do desenvolvimento enquanto projetos, intervenções e parcerias, relativizando assim não apenas o modelo de desenvolvimento, mas a própria ênfase nesta noção como um dado a ser analisado.

⁵² Essa noção de participação podia guardar um sentido indesejável para as lideranças. Uma das falas mais significativas sobre o modo como os “brancos” se comportavam ao chegar à aldeia foi bem sintetizada por um dos caciques. Plínio se dizia contrariado a respeito das relações atuais com os profissionais de saúde que mal chegavam à aldeia e já se achavam “chefes”, isto é, queriam dizer ou fazer aquilo que achavam melhor, desconsiderando as opiniões e formas de entendimento dos líderes Munduruku. A meu ver, mais importante do que perceber que havia outra forma de reivindicar em jogo, era perceber que a forma escolhida pelos Munduruku era considerada um equívoco.

⁵³ A abordagem antropológica das emoções como formas de relação, e não meros estados subjetivos, é analisada em Rezende (2002). Como assinalam Lutz & White (1986), as emoções como construções culturais tem sido negligenciada nas ciências sociais, bem como suas dimensões sociológicas. Ao longo da tese, procuro destacar as emoções em seu contexto de uso, a partir do entendimento de que, ao serem inseridos na análise social das interações, os sentimentos suscitados podem ser problematizados como parte constitutiva de certa forma de relação. No campo da saúde, emoções como raiva, desconfiança e medo não são respostas instintivas, mas configuram marcos das interações entre técnicas de enfermagem e enfermeiras ou entre enfermeiras e pacientes, e assim por diante. Assim, creio que seria possível dialogar com as emoções dos sujeitos da pesquisa como um dado antropológico.

⁵⁴ Teixeira (2005) analisa distintos contextos em que relações políticas de *parceria* são acionadas. A definição de parceria como solidariedade apareceu no contexto de desenvolvimento de projetos entre sociedade civil e as chamadas “comunidades carentes”. Já a noção de parceria entre empresários e governo era configurada pelos atores a partir de expressões como “contrato, licitação e investimento”.

nada disseram, apenas aguardavam através do mosquiteiro verde. Alguém se impacientou com a cena e disse “dá logo alguma coisa para elas.” Deram-lhe biscoitos. Em seguida, outra criança veio entregar um peixe, e assim sucessivamente. A tensão dessas trocas, por outro lado, estava engendrada pela antecipação que os missionários faziam de que a negação seria interpretada como atitude sovina, uma das piores qualidades cultivadas por uma pessoa do ponto de vista Munduruku. Entretanto, quando essa lógica de atuação se estendia, por exemplo, ao uso do avião monomotor para oferecer carona, a situação adquiria outros contornos. Ao rejeitarem pedidos de carona feitos pelos Munduruku, buscava-se sempre justificar a negação através das considerações sobre o perigo de transportar muitas pessoas ou uma pessoa levando muitas coisas consigo. As definições técnicas sobre a segurança da pilotagem, no entanto, não resolviam a tensão ao mesmo tempo em que davam os contornos dos limites da relação.

Numa segunda ocasião de convívio com os missionários, tive a oportunidade de acompanhar o processo de produção de um documento feito pela missão batista e assinado em conjunto com as lideranças da aldeia para ser apresentado em uma plenária popular a ser realizada pelo prefeito recém-eleito, onde seria definida uma série de diretrizes (plano plurianual) no âmbito da saúde, educação, política assistencial, política de agricultura, entre outros. O documento seria entregue às autoridades municipais e reivindicava melhorias específicas para as duas maiores aldeias da região, entendidas como aldeias grandes o suficiente para se tornarem uma espécie de pólos regionais de desenvolvimento sustentável. A ênfase na geração de renda, assim, buscava alternativas para a utilização comercial dos recursos naturais pelos indígenas, como a castanha, copaíba e andiroba e novas técnicas de cultivo para feijão, arroz e milho, além de apicultura, piscicultura e criação de galinhas e patos. Para que toda essa produção pudesse ser escoada, imaginou-se a criação de um espaço que articularia mercados regionais, nacionais e estrangeiros através de um selo de qualificação para os produtos indígenas. Entretanto, segundo relatos do casal, nunca havia sido possível, entre tantos projetos e tentativas anteriores, envolver plenamente as famílias no processo de produção de excedentes e a geração de renda era incessantemente interrompida por situações classificadas pela *ausência* de um conjunto de sentimentos e/ou

comportamentos por parte dos Munduruku: interesse, incentivo, “consciência”, organização de grupo nos moldes de cooperativa⁵⁵.

Novamente, a comparação com as realizações dos Kaiapó vinham à tona, como exemplo de possibilidades de parceria que deveriam acontecer entre os Munduruku. Tomando a parte pelo todo, o discurso acionava um sentido de pertença ao grupo indígena genérico e associava a falta de empreendedorismo dos Munduruku a ausências que deveriam ser preenchidas. Nesse sentido, a busca por apoio externo através da prefeitura era mais uma frente de apoio a essa dinâmica de atuação baseada no projetismo (Pareschi, 2002), mais uma tentativa de reverter a frustração de situações pregressas que era incorporada ao repertório dos missionários. Entretanto, tornava-se evidente que o tipo de assistência pretendida não dialogava com os modos de vida Munduruku e suas formas de reprodução social. Ao não problematizar essas questões, o documento incorporava um sentido genérico de ser indígena e apontava a perspectiva de um desenvolvimento mediado pela igreja e em parceria com organizações não governamentais. Não se pode desconsiderar a necessidade de pensar e construir soluções para problemas relacionados à escassez de alimentos, porém, e assim como o caso da missão batista há muito outros⁵⁶, o tema recorrente e a ênfase na comercialização dos produtos e da geração de renda não parece expor adequadamente os problemas vividos pelos Munduruku, seja pela dissintonia com preceitos cosmológicos importantes implicados na participação ativa dos pajés na vida social Munduruku, seja pelo silêncio em torno dos preconceitos que vigoram sobre práticas de sustento não cumulativas, que marcam o modo de vida de diversas sociedades indígenas amazônicas.

Esses textos introdutórios buscam situar o leitor no contexto geral da minha inserção em campo tanto na cidade quanto na aldeia. Certamente, outras situações – provavelmente mais importantes do que as que me serviram aqui – serão objeto de reflexão ao longo da análise, mas parecia indispensável adentrarmos nesse *campo* de

⁵⁵ Creio que a melhor maneira de compreender o ponto de vista dos missionários em torno desse tipo de atuação seria através do conceito de projetismo desenvolvido por Pareschi (2002). O conceito de “projetismo”, que a autora desenvolve a partir da sua etnografia sobre o processo de construção de pequenos projetos no âmbito de Organizações Não-Governamentais, pontua um tipo de “ideologia de sucesso inevitável, mesmo antes de qualquer implementação” (2002:105) que sustentaria e daria sentidos às dinâmicas sociais que permeavam o cotidiano dessas organizações. Num sentido similar, o projetismo agrega valor a essa produção incessante de projetos de desenvolvimento sustentável entre os missionários, se pensarmos que a principal característica desses projetos era que nenhum deles tinha sido considerado bem sucedido pelos próprios missionários, mas continuavam sendo o pilar de suas atuações.

⁵⁶ Ver coletânea organizada por Paula Montero (2006).

múltiplos atores (ou agentes) através de descrições de cunho histórico e etnográfico. Meu trabalho de campo se construiu através das relações com a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), especialmente com as técnicas de enfermagem e as enfermeiras, que optei por nomear em alguns momentos da tese como grupo de profissionais da enfermagem para efeito de análises específicas. Contudo, as narrativas de interlocutores Munduruku como Agentes Indígenas de Saúde, Agente Comunitário de Saúde e microscopista, entre outros, no capítulo 4, e as narrativas das profissionais de saúde refletem escolhas inspiradas na interface necessária entre uma abordagem antropológica da saúde e da política. Por isso, não se trata de uma nova “modalidade” de Antropologia, senão da relação entre campos de produção de conhecimento oportunamente aproximados por diversos autores da literatura antropológica (Garnelo 2003, Cardoso 2004, Teixeira 2008). A seguir, delinco alguns pontos relativos aos primórdios da assistência à saúde indígena no Brasil dando ênfase a constituição progressiva da figura dos profissionais não-indígenas da saúde indígena.

Os primórdios da assistência à saúde indígena: Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas e Equipes Volantes de Saúde

Após a criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPI/LTN) em 1910 – apenas SPI a partir de 1918 (Souza Lima, 1987) – o primeiro serviço formal de assistência à saúde indígena no Brasil surgiria apenas em 1956. O médico sanitarista Noel Nutels⁵⁷ teve papel fundamental como responsável pelo planejamento e execução do que foi designado como Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Segundo Costa (1987), o atendimento anterior era feito esporadicamente, sendo as informações sobre as condições de saúde dessas populações eventualmente repassadas através de relatos de missionários e médicos que participavam de expedições (1987:391). Ainda, a autora ressalta uma contradição inerente à trajetória do SPI e que influenciou diretamente o SUSA, entre o “perfil de motivação abnegada” dos profissionais de saúde da equipe de Nutels e a “dinâmica estrutural” do contato que produzia a degradação física das populações.

A trajetória de Nutels junto aos povos indígenas teve início através da Expedição Roncador-Xingu, e apesar de não haver relação direta entre esta e o SPI, Costa (1987)

⁵⁷ Para uma leitura sobre a trajetória de Noel Nutels desde sua chegada ao Brasil, na infância, até a participação na Expedição Roncador-Xingu, ver Paiva (2003).

aponta que a filosofia de trabalho de Rondon marcaria a perspectiva de assistência de Nutels. Tendo participado da expedição junto com os irmãos Villas-Bôas, Nutels compartilharia da perspectiva de que era preciso criar meios para garantir a sobrevivência dos grupos e intermediar o contato recente de muitos outros, com o objetivo de interromper as mortes por endemias avassaladoras de tuberculose, malária, gripe, entre outras. A partir da inserção como médico na expedição citada, Nutels se empenharia em estruturar um sistema de atendimento regular e, para isso, fez uma especialização sobre tuberculose no intuito de estabelecer um controle permanente sobre os casos. O tratamento dessa doença em especial continuaria a fazer parte da estratégia dos serviços de saúde após a extinção do SUSA em 1968, através da Unidade de Atendimento Especial, UAE, e da participação efetiva do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT). Chama atenção, particularmente, a perspectiva sanitária de isolamento de áreas para o tratamento. Nas próprias palavras do médico, resgatada por Costa (1987:392): “Deste modo estabeleceremos uma verdadeira cortina sanitária em torno da área a ser atingida. Ninguém poderá entrar ali sem prévio controle”. Além de um enfoque no isolamento e controle territorial, podemos supor que uma perspectiva protecionista emergia através da aura heróica atribuída às equipes de saúde que se propunham assistir os povos indígenas nos locais mais remotos. Como veremos adiante, comparações com as concepções da ação indigenista são candentes para a análise do SUSA, que poderia ser considerado o primeiro desdobramento dessas ações no *campo* da saúde no Brasil.

Além do apoio do Serviço Nacional de Tuberculose, a Força Aérea Brasileira participou das ações até 1964, através do Correio Aéreo Sanitário para o transporte das equipes de saúde, relacionado ao já existente Correio Aéreo Nacional. É importante frisar que as equipes do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas realizaram muitas de suas ações na região de Araguaia, Alto Xingu, Mato Grosso e no Rio Negro. No mesmo intuito de evitar novos contatos com doenças exógenas, quando o parque indígena do Xingu foi criado em 1961 e até 1965 (quando firma convênio com a Escola Paulista de Medicina), Nutels estabeleceu uma quarentena sanitária a todas as pessoas que entravam na região. O médico chegou a ser nomeado diretor do SPI em 1963, mas o golpe militar um ano depois interrompeu sua trajetória na instituição. No entanto, permaneceu à frente das ações realizadas pelo SUSA até 1973.

Com a instituição da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967 e a subsequente criação de uma divisão de saúde do órgão, a equipe responsável pelo

atendimento aos povos indígenas sofreu um desmembramento. O SUSA atendia através do planejamento e execução de intervenções diretas de controle da tuberculose e outras doenças denominadas exógenas e buscava prestar assistência básica, mas de forma pouco sistemática. A partir da FUNAI, criou-se a figura da Equipe Volante de Saúde, EVS, composta por médico, enfermeiro, bioquímico e dentista, que residiam nas capitais regionais e atendiam de forma regular, embora a inserção nas aldeias fosse realizada de forma esporádica. Cabe destacar que, na transição do SUSA para o modelo das EVS, implantou-se um sistema de escala de auxiliares de enfermagem nas aldeias, para desenvolver ações curativas de emergência e *auxiliar em tratamentos prolongados* (Verani, 1999:3) (grifo meu).

Dessa forma, podemos visualizar a prestação de serviços de saúde construída inicialmente em torno de demandas para o controle de doenças exógenas, vistas como resultado das situações de contato, e dentro da qual a tuberculose se firmava como objetivo catalizador das ações e planejamentos, subsidiados também pela associação com missões religiosas e centros de atividades regionalizadas⁵⁸ que se conseguia obter. Ainda, pode-se afirmar que a distribuição dos serviços de saúde se dava de forma desigual entre as regiões brasileiras e era marcada por viagens esporádicas das equipes de saúde. Como destacam Hochman & Silva (no prelo), no processo histórico de construção de metas e de uma estrutura de saúde pública durante a Primeira República (1889-1930), a figura do indígena não fazia parte das populações do interior eleitas como alvo das intervenções para tratamento de doenças endêmicas, como o sertanejo e o “jeca-tatu” de Monteiro Lobato. Apenas na década de 40, com a expedição Roncador-Xingu e as consecutivas aberturas de rodovias como a Belém-Brasília e a Transamazônica, essa ‘demanda’ por conhecer e produzir diagnósticos sobre as condições de saúde dos povos indígenas se fez forçosamente presente. Para os autores, os dois episódios que marcaram a entrada das populações indígenas nesse imaginário sobre o interior brasileiro foram a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e o próprio Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA).

No caso das Equipes Volantes de Saúde (EVS), no período de coordenação pela FUNAI, o enfoque do serviço, ainda segundo Verani (1999), se voltou para a assistência básica e na remoção de casos mais graves para unidades hospitalares, incluindo pela

⁵⁸ O parque do Xingu é um bom exemplo de que a extensão dos serviços de saúde dependia de atuações regionalizadas, ou pelo menos esse foi o caminho encontrado para um departamento de saúde indígena centralizado na FUNAI e baseado em ações organizadas localmente e articuladas a essas frentes de atuação.

primeira vez a figura do auxiliar de enfermagem integrado aos Postos Indígenas da FUNAI. Formava-se, assim, uma estrutura de atendimento que persistiria às numerosas crises de legitimidade e institucionais que incidiram sobre a política de saúde indígena durante as décadas posteriores, culminando no modelo dos Distritos Sanitários. Como veremos, entre os vários objetivos da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) estava a ampliação e qualificação da oferta de profissionais de saúde em aldeia, através da figura da EMSI, Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

No período em que Nutels coordenou as ações de saúde, a visão sobre a relação entre a saúde indígena e as mazelas do contato era preponderante, assim como a visão protecionista que almejava garantir a sobrevivência física dos povos indígenas que se coadunava com a necessidade de estabelecer uma intervenção direta. No entanto, o imaginário de um “Brasil doente” (Lima & Hochman, 2000) e abandonado em seus interiores e sertões, forjado no seio do movimento sanitarista do início do século XX através de figuras centrais da intelectualidade científica como Oswaldo Cruz, Belisário Penna e Arthur Neiva, não considerava os povos indígenas. De seus relatórios e estudos, brotava a imagem de um país “com uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutiva e abandonada, sem nenhuma identificação com a pátria.” (2000: 315). Esse movimento científico criou subsídios político-administrativos para o surgimento no início da década de 40 de serviços nacionais de combate a doenças endêmicas, consideradas entraves ao desenvolvimento nacional. Em 1956, a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais unifica esses serviços nacionais de combate às “doenças do interior” (Hochman & Silva, no prelo). Em que pese a inexistência de distinções étnicas, foi a partir daí que começou a se delinear um alinhamento explícito entre “expansão do poder público, desenvolvimento, saúde pública institucionalizada e populações indígenas.” (Hochman & Silva, no prelo). O foco na doença que acompanhou as ações em saúde dos povos indígenas tinha suas bases nesse modelo de intervenção governamental inspirada nas concepções de desenvolvimento econômico e nacional que marcaria as décadas de 50 e 60.

Mas, vale ressaltar que no período de vigência do SUSA, as ações esporádicas de assistência à saúde – segundo Costa (1987) esta já era uma marca dos serviços prestados também anteriormente, quando não havia qualquer departamento ou serviço ‘especializado’ voltado para os povos indígenas – não eram simplesmente uma forma pragmática de organização dos serviços, como consequência forçosa de “locais de

difícil acesso” e que marcaria tanto a experiência dos médicos sanitaristas⁵⁹. Se, por um lado, houve mudanças significativas com a inserção das equipes volantes de saúde, porque até então não se havia projetado um grupo específico de atendimento, como ocorreria com o modelo das EVS, por outro lado, a lógica que informava as práticas de saúde estavam profundamente relacionadas à discussão indigenista do final dos anos 50 que postulava as ações emergenciais como meio de “salvar vidas”, em detrimento da diversidade de organizações socioculturais comprometidas nesse processo. Como destaca Souza Lima (1987), as declarações de Darcy Ribeiro à época sobre a importância e emergência da sobrevivência física dos povos produziram um achatamento do debate em torno das diferenças culturais, desembocando num nacionalismo homogeneizante, sintonizado, por sua vez, com os discursos e práticas de saúde no *campo* do sanitarismo brasileiro (o DNERu pontuava esse lastro desenvolvimentista das ações de saúde, enquanto o SUSa o alinhava a sua perspectiva indigenista protecionista e civilizatória). Esses dois campos, indigenista e sanitarista, se retroalimentavam na composição de uma imagem da nação doente que precisava ser salva pela atuação do governo.

Creio que essa forma de pensar as relações do contato no seio das políticas e ações de saúde para os povos indígenas encerraria os preceitos de um poder tutelar (Souza Lima, 1995), sendo o caso de Nutels e do SUSa exemplos que dão visibilidade à capilaridade desse poder. Certamente, os ideais Rondonianos expressos na filosofia de trabalho de Nutels ao buscar uma alternativa não-violenta aos contatos se inseriam, ao mesmo tempo, na construção de um ideal de tutela cuja problemática fundamental podemos depreender dos trabalhos de Souza Lima a respeito das condições de produção da política indigenista (1987 e 1995).

Por isso, chama atenção que numa republicação do artigo em 1989, Costa tenha afirmado que “a política de saúde para os povos indígenas não pode restringir-se ao trabalho abnegado de indivíduos isolados” (1989:73). Ora, essa afirmação não poderia elucidar melhor como a ideia de abnegação e sacrifício pessoal teve um grande apelo também no âmbito da saúde e dos atores sociais do movimento sanitário. A narrativa heróica traçada por poucos, esporádicos, mas persistentes profissionais de saúde – entre

⁵⁹ Duas referências notáveis sobre a construção histórica da perspectiva sanitarista no Brasil são as teses de doutorado de Gilberto Hochman (2006) e Neiva Cunha (2002).

os quais a figura de Noel Nutels se destaca⁶⁰ – acentuariam o caráter do cuidado (como proteção e tutela). Ainda mais, a perspectiva inerente de controlar doenças exógenas, como a tuberculose, indexava uma prática de controle generalista por meio do enfoque na doença em detrimento da relação. O fortalecimento da indústria farmacêutica após a Segunda Guerra Mundial, com a expansão e institucionalização do uso de antimaláricos e antibióticos (Hochman & Silva, no prelo), reforçaram as relações entre saúde e certa perspectiva de desenvolvimento.

Apesar de uma separação – providencial no contexto político brasileiro em que vigorava o “desconhecimento” das populações do interior – entre combate às doenças e assistência médica propriamente dita, do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas às Equipes Volantes de Saúde vemos que o preceito do controle sobre a doença, principalmente em relação à criação de equipes de saúde em torno dos povos indígenas, ia aos pouco fomentando uma lógica da prática na qual o controle sobre o comportamento das pessoas, via medidas educativas de higiene, estavam diretamente implicadas no discurso sanitarista imbricado ao contexto indigenista. E é nessa passagem entre saúde e educação que se subsumiam as diferenças culturais como um obstáculo às medidas de prevenção e assistência. Considerações específicas sobre a reconstrução da história da política indigenista no século XX nos permitem aprofundar as possibilidades de refletir sobre as (des)continuidades entre as noções de proteção e tutela que arregimentaram a relação entre Estado e povos indígenas e a expansão do poder biomédico no Brasil instaurado a partir do movimento sanitarista. No caso da expansão do poder biomédico, a institucionalização da carreira de enfermagem no Brasil, a partir de 1923, com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery no seio do Departamento Nacional de Saúde Pública na então capital federal (Rizzotto, 2008), estava plenamente de acordo com o projeto sanitarista que buscava desenvolver ações de saneamento entre a população pobre através do investimento na figura de “enfermeiras-visitadoras”.

Para Souza Lima (1987), as ações e discursos contidos nos projetos indigenistas incrementavam a luta política através de um conteúdo emergencial que primava sobre a forma de relação estabelecida, qual seja, a da sobrevivência física dos povos indígenas (o que não era o caso das populações genéricas do interior, que não corriam o risco de

⁶⁰ Apesar de Nutels encarnar essa figura individual e heróica nas narrativas históricas sobre o período de construção de uma assistência à saúde indígena, vale destacar que os profissionais da enfermagem já estavam implicados nesse processo, sobretudo a partir das Equipes Volantes de Saúde que contavam com um auxiliar de enfermagem alocados nos postos da FUNAI em aldeia.

‘desaparecer’). Essa forma de relacionar o tempo (emergência) a ação política (sobrevivência física) marcaria profundamente a visão de Darcy Ribeiro como ator do processo de uma política governamental cuja ênfase estava na interface entre proteção e tutela. Nesse momento, as duas eram entendidas como salvamento emergencial de vidas e forma de relação. Assim, Ribeiro defendia “a importância da prática, da convivência direta, a negação de uma postura científica, a vocação profética de formulação de um projeto indigenista e de um projeto para a nação.” (idem, 1987:157). Visão esta que facilmente se generalizava para grande parte da intelectualidade brasileira. Na análise da obra de Darcy Ribeiro, se constituiria um projeto indigenista ao estilo Rondon⁶¹ articulado a uma visão autoritária da construção da nacionalidade.⁶²

O SPI, portanto, se colocava como órgão interessado em construir essa nacionalidade através da salvação física dos povos indígenas, convencidos de que isso traria a reboque uma “sobrevivência cultural desejável”, para usar um termo de Souza Lima. Nesse ‘desejável’ estavam incluídos tão somente a origem e o componente parcial da composição de uma nacionalidade homogeneizante. Assim, a premissa da sobrevivência dos povos indígenas nada mais tinha a acrescentar à nação do que sua representação física.

Ainda, o autor aponta haver, no interior dos projetos indigenistas, uma visão da sociedade como somatório de indivíduos, o que justificaria a empreitada *emergencial* e permitiria a construção da noção de heroísmo entre os profissionais que conformavam o campo da ação indigenista. Desse modo, Rondon surge como algo mais do que vínculo primordial com a história do SPI, mas o próprio órgão fica subsumido a sua persona heróica. Para Souza Lima, “tal representação, historicamente construída, é induzida pela própria estrutura desse espaço de disputas que se estabeleceu a partir do início do século, do qual resulta a constituição da SPILTIN enquanto agência, pelo Estado brasileiro, e que seu cerne consiste na busca de construção de um consenso onde, uma vez tomada uma posição em que se escape à censura característica desse campo, ver-se-á surgir a dimensão necessária para que se possa atingir as regiões de consenso mais profundo” (1987:163). Nas entrelinhas desse consenso profundo estava compreendida a

⁶¹ Estilo Rondon é, na verdade, uma associação ao critério utilizado por Souza Lima quando atribui ao nome Rondon sua persona heróica construída social e historicamente.

⁶² Souza Lima se distingue de uma perspectiva histórica empirista, na medida em que atribui valor analítico primordial às condições de produção dessa historiografia, que constitui por excelência o objeto de seu estudo em questão. Como afirma o autor: “essa escolha que preside o recorte da fonte e a construção do fato acha-se norteada por um capital de significações acumulado e interiorizado que, ao mesmo tempo que estrutura essa nova elaboração – em sua essência, uma manifestação desse habitus -, se reestrutura e se acrescenta através dela (Souza Lima, 1987:160).

ambiguidade do que viria a ser a figura do “índio hiper-real” (Ramos, 1995), um ideal de índio cristalizado por um estereótipo vitimizado, sofredor e dependente, intensamente projetado em torno da burocratização da agenda indigenista na década de 90. Mas, já no momento descrito por Souza Lima, essa ambiguidade ainda latente mostrava sua capacidade de organizar e dar sentido aos anseios do projeto indigenista: tomando os índios ora como cidadãos potenciais, ora como obstáculos ao desenvolvimento de interesses privados.

*

Com esta breve digressão sobre as afinidades entre as políticas de saúde para os povos indígenas e a institucionalização da tutela, gostaria de chamar atenção para alguns pontos que serão desenvolvidos ao longo dos próximos capítulos. Primeiramente, as condições de uso e manejo social da situação de emergência estabelecem mais do que uma necessidade, mas constituem uma forma de relação. É a ida esporádica, mas heróica dos profissionais de saúde aos confins do Brasil. Mais ainda, são certos sentimentos associados ao saber-fazer que os autores dos projetos indigenistas sustentavam positivamente como vontade firme, amor à causa, constância, amizade, sofrimento, calma, abnegação, pertinácia e espírito dócil (Souza Lima, 1987:191). Apesar desse não ser o foco da análise do autor, sugiro que essa relação de sentimentos tão bem apontada não deve ser confundida com a descrição de meros estados subjetivos, mas constituem formas de engajamento nas relações sociais (Rosaldo 1984, Lutz & White, 1986 e Rezende 2002). Interessante perceber como essa forma de conceber a relação por meio de qualidades inerentes ao sujeito se reatualizam nas práticas de saúde no contexto dos Distritos Sanitários. É notório como emoções específicas produzem e são produzidas por práticas cotidianas, entre as quais, destacaria o higienismo predominante como valor a balizar a expressão dessas emoções. Ao arregimentar modos de dizer/fazer e relacioná-los de modo especial ao universo da educação, o higienismo torna-se um *habitus*, vivido como uma forma de poder no cotidiano da assistência à saúde.

A higiene se constitui como um dos temas clássicos de uma Antropologia do corpo, das emoções, da política. De fato, são tantas conexões teórico-conceituais relevantes que o tema da higiene sintetiza que seria impossível considerá-los todos aqui. Gostaria de enfatizar, entretanto, a distinção entre higiene e *higienismo*. Quando falo

em higiene me refiro ao contexto mais amplo que envolvem conceitos de corpo e pessoa em um dada sociedade, a partir da concepção maussiana e incrementada pela perspectiva de *habitus* em Bourdieu (1995, 2006 e 2009). Por outro lado, higienismo ou perspectiva higienista refere-se especificamente ao modo historicamente construído de distinção social através de práticas corporais, endossado aqui pelo imaginário de um “Brasil doente” e desconhecido entre as elites políticas referidas ao movimento sanitaria no Brasil (Hochman, 2006). Assim, *higienismo* é uma noção construída histórica e socialmente da higiene e que produz uma síntese das práticas corporais produzidas e reproduzidas no cotidiano da assistência à saúde no Brasil através de seus atores sociais, e dentro da qual situamos as políticas públicas de assistência à saúde indígena e seus profissionais de saúde. O *habitus higienista* seria uma manifestação singular em torno de práticas de higiene, de cuja dimensão política não se dissocia.

Em segundo lugar, há uma aproximação com um conceito de saúde expresso em termos como atenção básica ou cuidados primários. Como foi dito, tanto o SUS quanto a FUNAI prestavam serviços orientados por essas duas vertentes: ações emergenciais e cuidados básicos. Se a primeira nos coloca questões pertinentes a uma abrangência de situações, a segunda nos foca para o cotidiano vivido nas aldeias. E foi exatamente sobre o universo cotidiano da assistência à saúde que a política de saúde indígena se voltou sob coordenação da FUNAI. Por isso, foi necessário organizar não apenas as equipes volantes, mas fixar auxiliares de enfermagem em Postos da FUNAI nas aldeias. E dentro desse contexto mais amplo, creio que a melhor maneira de compreender a atuação das equipes de saúde seja explorando a histórica e contínua interface entre as chamadas práticas de atendimento de saúde e práticas de educação em saúde.

Marcos da política de saúde indígena: das conferências nacionais ao domínio cotidiano

A constituição de 1988 seria um novo marco para a política de saúde no Brasil por meio da criação do Sistema Único de Saúde e seus princípios fundamentais de descentralização, universalidade e hierarquização dos serviços prestados. Verani (1999), ao recapitular o período anterior a esse marco político, aponta o quanto as iniciativas para os cuidados à saúde indígena eram “isoladas, individuais ou vinculadas a processos políticos locais”, acompanhando os processos de expansão das fronteiras nacionais

(1999:2). Na década de 80, o custeio das EVS tornava-se cada vez mais complicado em virtude do orçamento estrangulado da FUNAI. A autora aponta, ainda, que “a falta de uma política de recursos humanos resultou na ineficácia das ações no nível local: substituindo-se cada vez mais as auxiliares de enfermagem por atendentes, com acúmulo de pessoal no nível regional (fora das áreas), além do abandono dos investimentos na formação específica desse pessoal, em particular no despreparo antropológico para lidar com culturas diferenciadas, cada vez mais a porta de entrada no sistema foi inviabilizada” (1999:3).

Dois anos antes da Constituição de 1988, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde que traria uma discussão abrangente sobre a política de saúde pública, apoiada por documentos internacionais como a declaração de Alma-Ata de 1978 e sua conhecida definição de saúde como bem-estar físico, mental e social, além da ausência de doenças. Logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada o marco do SUS, acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Entre as propostas da primeira conferência firmou-se a ideia de que era preciso idealizar um sistema de atendimento aos índios que se articulasse à nova proposta geral de um Sistema Único de Saúde.⁶³

Orquestrado por mudanças significativas tanto no *campo* da política de saúde como no *campo* da política indigenista, um aspecto que chama atenção na composição dos documentos finais das quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena é a reflexão acerca dos profissionais de saúde que atendem nas aldeias e nas casas de saúde indígena (CASAI). Gostaria de tomar os documentos finais produzidos por essas Conferências (a quarta e última ocorrida em 2006) através das diretrizes sobre a formação dos trabalhadores da saúde indígena, no intuito de promover um quadro que possa nos esclarecer sobre o caminho dessa discussão no meio do enorme conflito que se constituiu em torno da gestão político-administrativa da saúde indígena entre FUNAI e FUNASA na década de 1990⁶⁴ e da contradição, em termos, colocada entre o princípio da descentralização do SUS e a gerência da esfera federal no Subsistema de Saúde Indígena.

O princípio geral que marcou a primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1986, foi a participação extensiva dos povos indígenas em todos os

⁶³ Outro ponto importante é que logo em 1989, ano seguinte ao SUS, surge a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho que enumera uma série de diretrizes sobre direitos dos povos indígenas do mundo e entra em vigor em 1991. O Brasil, entretanto, torna-se signatário da convenção apenas em 2003.

⁶⁴ Para uma análise desse processo conflituoso que se estendeu por toda a década de 90 ver Garnelo (2004).

processos decisórios relativos à implantação de um sistema de atendimento diferenciado que atendesse demandas específicas sobre o processo saúde/doença. Dentro desse escopo, saúde foi definida como concepção pertencente a um tempo e espaço históricos determinados. A autonomia⁶⁵, entretanto, estava nesse momento direcionada ao uso de recursos naturais do solo e subsolo e da posse territorial dos povos indígenas. A necessidade de garantir direitos constitucionais estava relacionada diretamente à garantia de participação na organização e gestão dos serviços de saúde. Dados os princípios fundamentais, as diretrizes tocavam especificamente, além de critérios compartilhados de organização e gestão, numa política de recursos humanos. De modo geral, as diretrizes estavam voltadas para a atenção básica de saúde e aplicação dos princípios do SUS que foram definidos do seguinte modo no relatório final da 1ª Conferência: “participação da comunidade, universalidade do atendimento, unificação dos serviços, descentralização e hierarquização das ações de saúde, para que sejam concentradas na esfera local” (FUNASA, 2007:52).

A ênfase na esfera local aparecia em vários momentos do texto e a cada vez que se reafirmava um princípio do SUS, o termo esfera local atuava como uma ressalva em forma de apostos e parênteses. Havia, portanto, uma clareza sobre a necessidade de construir um atendimento diferenciado, mas não através de uma descentralização como a do SUS da esfera federal para a estadual e municipal, mas sim da esfera federal para a esfera “local”⁶⁶. A declaração de Alma-Ata endossava essa diferença entre local e município, deixando claro que local referia-se a um lugar onde as pessoas viviam, conviviam e trabalhavam, não necessariamente tomando o município como unidade mínima do sistema. Com essas ressalvas, as recomendações da conferência se deram no sentido de prover o gerenciamento dos serviços de saúde por meio de um único órgão, vinculado ao Ministério da Saúde, para coordenar um sistema de saúde para os povos indígenas, integrado ao SUS. No âmbito dos profissionais de saúde, a formação de um “grupo multiprofissional” foi mencionado para gerir casos especiais, exemplificado por populações com contato recente e outros. Não havia, ainda, uma referência clara a uma equipe própria, orientada especificamente para realizar o atendimento. Entretanto, a política de recursos humanos já preconizava “a admissão de servidores por concurso,

⁶⁵ Teixeira (2010) analisa os diferentes sentidos conferidos ao termo autonomia no campo da saúde indígena desde a primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena no Brasil.

⁶⁶ Posteriormente, a partir da II Conferência, essa esfera local ganha contornos mais específicos: a chamada distritalização foi o modo através do qual essa esfera ganhou jurisdição própria dentro da estrutura de governo. Ver Garnelo & Sampaio (2003) e Teixeira (2010).

com capacitação e atualização permanentes, de acordo com as *necessidades locais* e a existência de um plano de cargos e salários, com exigência de cumprimento da carga horária contratual e regime de dedicação exclusiva”. (FUNASA, 2007:53).

Nesse documento, ainda, se recomenda ao Ministério da Saúde a responsabilidade na esfera federal pela atenção à saúde indígena, em detrimento da FUNAI. Entretanto, as leis 8.080/1990 e 8.142/1990, quatro anos após a conferência, não fizeram referência aos povos indígenas ao regulamentar a implantação do Sistema Único de Saúde (o capítulo V da lei 8.080, que trata do Subsistema de Saúde Indígena, só foi incluído na chamada lei orgânica da saúde a partir de outra lei, nº 9.836 de 1999, que fez o referido adendo ao texto original). Em vez disso, o decreto presidencial 23 de 1991 dividiu a responsabilidade da coordenação da saúde indígena entre a FUNAI, que deveria ajudar na elaboração e execução dos projetos, e a recém-criada FUNASA. No mesmo ano, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) criaria a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) e o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami⁶⁷ se realizou como a primeira experiência na concretização da criação de um atendimento diferenciado que pudesse, justamente, dar conta dessa “esfera local” tão solicitada nos textos oficiais do governo e na legislação. A lei 8.142 regulamentava a instância básica do princípio do SUS de participação social através do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências em nível nacional, estadual e municipal. Dois anos depois, o próprio Conselho Nacional de Saúde implantaria a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, como parte dos esforços de articulação do SUS a um sistema diferenciado para os povos indígenas.

A segunda Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993, não apenas reiterava essa necessidade de articulação, como apontava a recusa de se municipalizar a saúde indígena. Assim, as dificuldades começaram a se manifestar nesse ano, resultado dos esforços dos anos anteriores para garantir esse nicho particular nas ações de saúde. A primeira dificuldade levantada era justamente direcionada ao histórico institucional da FUNASA⁶⁸. A tradição da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) era de um modelo hospitalar urbanizado⁶⁹, enquanto a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) agia segundo um modelo militarista de intervenções diretas

⁶⁷ Para uma análise crítica dessa experiência entre os Yanomami ver Ramos (1993) e Magalhães (2006).

⁶⁸ Para os leitores interessados no processo político-institucional no qual a FUNASA foi instituída, ver Teixeira (2007).

⁶⁹ O SESP corresponderia no binômio fundador da FUNASA, ao pólo de intervenções comportamentais na saúde. Para uma análise dos manuais desenvolvidos por essa instituição à época da atuação das visitadoras sanitárias e dos guardas sanitários, ver Teixeira (2008).

nas áreas rurais e de difícil acesso no país e que, além disso, estava associado a uma invisibilidade dos povos indígenas que podemos ver nos termos de uma memória institucional da FUNASA (Teixeira, 2008). Além disso, havia defasagem de pessoal por conta da municipalização dos serviços no âmbito do SUS, que redistribuiu os funcionários, antes agrupados na esfera federal. Para completar, não havia qualquer política ou programa de capacitação em torno da saúde indígena. Nesse ínterim, deu-se a revogação do decreto 23/1991 e entrou em vigor o decreto 1.141/1994 através do qual a participação da FUNAI se reduziria. No entanto, o modelo de assistência em aldeia, com a presença cotidiana de um profissional da enfermagem, foi um legado que permaneceu com a FUNASA.

A formação dos trabalhadores da saúde indígena começava a despontar através de posturas etnocêntricas que precisavam ser “erradicadas”. Por outro lado, o princípio de autonomia era aplicado ao modelo de um subsistema do SUS que teria níveis de gerência federal, regional e distrital, com autonomia de gestão financeira, sanitária e administrativa. Formalizou-se, então, um modelo assistencial com base territorializada na forma de Distritos Sanitários Especiais, como havia acontecido já entre os Yanomami em Roraima. Invocavam-se as noções de base territorial, de controle social por meio do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), infraestrutura de transporte e comunicação e ênfase no comando técnico e executivo único. Contudo, nesse momento a política de recursos humanos se vinculava as demandas do Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena (NISI) e dos Conselhos Distritais, que ainda teriam um enorme caminho a percorrer no sentido de sua produção de demandas e processos decisórios diversos nos quais estavam e estão implicados.

Entre a segunda e terceira conferência, a Lei Arouca/1999, do então Deputado Federal, médico e liderança sanitarista Sérgio Arouca, determinou a implantação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo o país. Quando se realizou a terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2001, os princípios acumulados nas discussões anteriores se desmembraram em temas como parcerias para a gestão e organização dos serviços nos Distritos Sanitários, ações de vigilância em saúde, formas de intervenção para o controle de doenças sexualmente transmissíveis e alcoolismo, fortalecimento do controle social, inserção social dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), recursos humanos para atuação em “culturas diferenciadas”, hipermedicação e práticas tradicionais, ética em pesquisa e propriedade intelectual dos povos indígenas e, de forma incipiente, a produção e comercialização de alimentos entre as comunidades

indígenas. Assim, o texto conclusivo do relatório reafirmava os princípios gerais anteriores:

“cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença e as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos diversos e a relação de contato interétnico. As ações de saúde devem priorizar a Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças. Garantir a demarcação, a desintrusão e a vigilância das terras indígenas.” (FUNASA, 2007:61)

Contudo, apareciam anexados a esses objetivos centrais, diversos temas sem os quais a garantia dos direitos à saúde seria dificultada. Uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente, acesso dos povos indígenas a educação “para formar consciência crítica sobre sua atual situação” (idem, 2007:62), proteção do patrimônio cultural, aproveitamento da diversidade biológica, a participação ativas das organizações do movimento indígena e, finalmente, o combate à discriminação e valorização da diversidade cultural junto aos profissionais de saúde.

A última Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006, produziu um relatório extenso com duzentas e trinta páginas⁷⁰, divididas em cinco eixos temáticos: direito à saúde; controle social e gestão participativa; desafios indígenas atuais; trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; e segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável. A relevância do tema dos profissionais de saúde se consolidou nesse ano. Apesar disso, se nota uma profusão de propostas que se redundam e dificultam a compreensão das medidas resolvidas. Assim, no subitem para avaliação da formação de Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN)⁷¹, por exemplo, ao mesmo tempo, mas em lugares diferentes, se propõem parcerias entre a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e o Ministério da Educação (MEC) na criação de programas de educação permanente, convênios entre a FUNASA e escolas técnicas e, ainda, módulos de capacitação com a participação comunitária e da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Todas essas são medidas voltadas para a formação dos agentes indígenas. Já no subitem seguinte, que

⁷⁰ O primeiro relatório apresentava um volume de duas páginas, o segundo de 12 páginas e o terceiro de 24 páginas. A demanda crescente e participação das organizações indígenas corroboraram para o incremento das discussões, bem como a própria experiência dos gestores a partir da implantação dos distritos.

⁷¹ Para uma análise dos manuais de formação do AISAN, ver Teixeira (2009).

nos interessa mais diretamente aqui, a avaliação das EMSIs resultaram em propostas igualmente repetitivas em muitos aspectos, mas que, basicamente, clamavam por ampliação do número de profissionais, incluindo outras especialidades como psicólogo, agrônomo, antropólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, entre outros. Também se faz notar a inclusão de mais pessoal de apoio administrativo e a condução ativa da FUNASA na avaliação permanente da EMSI por técnicos da coordenação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), além da criação de mais uma comissão intersetorial, com presença de gestores e comunidades indígenas que possam demitir profissionais da EMSI por meio de critérios estabelecidos pelos Conselhos Distritais. Em suma, tanto os conselhos distritais como os conselhos locais aparecem implicados em todo o processo de avaliação, transformação e melhoria das equipes de saúde. A articulação da FUNASA com entidades de educação é outro ponto em destaque, contudo, a maioria das resoluções aprova medidas educativas para os povos indígenas e em menor número para os não-indígenas. A importância e a própria definição do controle social é mencionado como aspecto que deveria estar necessariamente presente na formação desses profissionais, mas de forma genérica.

Talvez, a medida mais inovadora frente aos eventos anteriores seja a proposta de mudança nas grades curriculares da formação técnica e superior em enfermagem com a inserção de um curso de Saúde Indígena e a possibilidade de demissão dos funcionários a partir de critérios estabelecidos pelos conselhos distritais. Por fim, evoca-se de forma contundente a inserção dos profissionais de saúde indígena e não-indígena na legislação trabalhista vigente, reconhecendo seus direitos a piso salarial, plano de cargos e salários mediante estabelecimento de concursos públicos específicos, recebimento de horas extras, adicional de insalubridade, periculosidade e adicional noturno. Além disso, pede comprometimento da FUNASA para assumir as reclamações trabalhistas relacionadas a atrasos salariais na garantia de cumprimento de acordos coletivos⁷². Para os profissionais não-indígenas que residem nas aldeias foi firmado proposta de incentivo financeiro mediante solicitações de atendimento fora do horário de trabalho. Esse é o único momento em que essa parcela da EMSI é mencionada de forma específica. Também não é mencionado exatamente quais são os profissionais necessários na aldeia. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena é tratada como um único bloco, mas a sua

⁷² Atrasos salariais eram extremamente comuns para os profissionais de saúde do Distrito quando realizei etnografia. O impacto da falta de salários incrementavam a desconfiança com a FUNASA e, ao mesmo tempo, se refletia numa desvalorização generalizada dos profissionais da saúde pública.

diversidade interna não diz respeito apenas às formações técnicas e superiores, mas principalmente ao cotidiano de atendimento implicado para cada um deles. E esse sim, a meu ver, seria um aspecto abordado de forma remanescente.

Sobre as diversas idas e vindas da legislação no setor da política de saúde indígena, Garnelo (2004) destaca a Lei Arouca/1999 como marco definitivo da inserção da saúde indígena no âmbito do SUS, deixando sob responsabilidade da FUNASA a gestão e execução dos serviços de saúde, com a participação direta da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) e Conselhos Distritais e Locais de Saúde. A política de saúde indígena sempre reservou a gestão de recursos e serviços ao governo federal, mas era justamente esse aspecto que havia sido modificado com o estabelecimento do SUS. Assim, Garnelo (2004) aponta que a solução encontrada foi terceirizar a execução das ações de saúde em área indígena. No entanto, os convênios tomaram diferentes caminhos nas regiões brasileiras. Se no Alto Rio Negro (Garnelo & Sampaio 2003 e 2005), eles se formaram a partir de organizações indígenas como a COIAB, por exemplo, no Oeste do Pará não havia entidades indígenas que pudessem assumir essa demanda institucional. Foi neste contexto que, nos primeiros anos, a prefeitura municipal assumiu o convênio com a FUNASA em Jacareacanga. Contudo, problemas de mau uso dos recursos e acusações de desvios de verbas fizeram com que em 2007 o convênio passasse para as mãos de uma entidade filantrópica que nunca havia trabalhado com povos indígenas. Um ano depois, no momento em que comecei o trabalho de campo, os profissionais de saúde não falavam em outra coisa senão a desistência da Fundação Esperança. Segundo relatos da coordenadora local do DSEI, sem o intermédio de um convênio, todos os insumos básicos e necessários à continuidade dos serviços de saúde passavam a depender de licitações que deveriam ser feitas pelos poucos funcionários da administração local.

Entretanto, a situação dos convênios e a terceirização dos serviços ligados diretamente à assistência à saúde têm prazo oficial para acabar. Embora até o final do período de pesquisa, em meados de 2009, nenhum dos profissionais de saúde explicitasse ter conhecimento da nova medida, inclusive o assunto que dominava as rodas de conversa girava em torno de quem seria o próximo conveniado, a FUNASA assinou em julho de 2008 um Termo de Conciliação com o Ministério Público do Trabalho no qual se comprometeu a substituir gradativa e completamente o quadro de funcionários com contrato temporário por concursados, em cumprimento ao disposto no decreto 2.271 de 1997 que versa sobre a contratação de serviços pela Administração

Pública Federal. A terceirização nos serviços de saúde pode ocorrer apenas para algumas funções como manutenção, limpeza, entre outras, mas nenhuma relacionada diretamente ao serviço de assistência à saúde, como vinha ocorrendo desde que a FUNASA assumiu a responsabilidade pela saúde indígena⁷³. O prazo final para o cumprimento do acordo na sua totalidade seria julho de 2012. Entretanto, a recente lei 12.314 de 2010 instituiu a criação da Secretaria de Saúde Indígena no Ministério da Saúde, extinguindo a responsabilidade da FUNASA sobre a gestão da saúde indígena. Inevitável ressaltar que o processo de reatribuições e replanejamento do fluxo organizativo no nível federal continua, a exemplo da década de 90 (Garnelo, 2004), a sofrer constantes mudanças.

As diferenças regionais, não obstante, continuam sendo marcantes para a análise da política nacional de saúde indígena e do Subsistema de Saúde Indígena. Mais do que a oferta de serviços, a forma de compreender o próprio subsistema está intimamente atrelada a realidades locais de política indígena que são bastante diversas. Nesse contexto, cabe destacar que o Oeste do Pará talvez seja um caso interessante pela reunião de situações comuns a diferentes regiões. Assim, se no Alto Rio Negro e na Amazônia em geral é comum a participação de ONGs indígenas na gestão e execução da política de saúde, no Nordeste há maior presença de Prefeituras como conveniadas e no Centro-Oeste, Sul e Sudeste prevalecem ONGs e entidades não indigenistas (Garnelo 2004:11), o DSEI Tapajós é um caso que une todos os exemplos. Apesar de localizado na região Amazônica, segue um modelo mais disseminado no nordeste, pois tende a fechar convênios com a prefeitura e, ao mesmo tempo, contou com a participação breve de uma entidade filantrópica não indigenista.

*

Esse capítulo cumpre o papel de compor elementos essenciais para uma reflexão sobre os profissionais de saúde não-indígenas atuantes nos diversos Distritos Sanitários do país. O grau de improvisação nas ações de saúde não são características exclusivas do Distrito Sanitário Especial Rio Tapajós. Contudo, se na região carecemos de informação de cunho epidemiológico e as formas de controle social se constroem a duras penas,

⁷³ Garnelo já havia feito essa análise, mas em comparação às práticas recorrentes no SUS: a terceirização não era uma estratégia desconhecida no SUS, onde havia uma prática corrente de compra de serviços de empresas privadas e entidades filantrópicas, mas sem renúncia a execução direta de ações através de serviços próprios, como fez a FUNASA.

acompanhar esse processo por meio de uma etnografia que possa ampliar o leque de reflexões sobre os dizeres/fazerem dos profissionais de saúde possibilitaria contribuir em termos da relação entre cultura, política e saúde. Nesse sentido, gostaria de mencionar o artigo de Marina Cardoso (2004) sobre a interface entre a política de saúde e a organização política e social dos povos indígenas. Ao defender “a existência de uma dimensão essencialmente política em relação ao modo como os serviços médicos são incorporados não só ao campo das estratégias terapêuticas ameríndias, mas também às suas dinâmicas societárias próprias” (2004:195), Cardoso toca num ponto que, muitas vezes, aparece truncado em outros lugares. Essa reflexão, portanto, não se apóia no ponto de vista do “impacto”, mas precisamente busca iluminar um aspecto sobre o qual incidem regularmente os conflitos cotidianos em torno do Posto de Saúde na aldeia e as práticas dos profissionais de saúde não indígenas. Na relação entre os povos indígenas e esses profissionais pesam ostensivamente valores que “corporalmente” performam a questão da alteridade numa situação de relações assimétricas de poder. Se os processos saúde-doença são um campo de reflexão importante para compreender o atendimento de saúde do ponto de vista dos povos indígenas, a reflexão sobre essa dimensão essencialmente política das relações não pode ficar relegada a um plano menor, nem tampouco a perspectiva e o lugar dos profissionais de saúde não-indígenas nesta relação.

Desse modo, sugeriria que o campo terapêutico nos quais os Munduruku estavam inseridos, sintetizado aqui pela sua intensa relação com os pajés e a aproximação primordial da doença ou evento mórbido como feitiçaria⁷⁴, nem sempre se configuravam como o conflito mais comum do ponto de vista dos Munduruku. As reclamações, situações tensas e brigas giravam em torno de uma disputa pelo sentido dado às ações em saúde, diretamente associadas aos modos da organização sociopolítica. Assim, a decisão de quando partir com um barco para a aldeia, quantas pessoas podem entrar no barco, se é possível utilizar gasolina para fins outros... enfim, uma série de situações que se apresentavam aos Munduruku como uma questão de saúde.

Passei a intuir a importância dessas situações para pensar os conflitos quando, certa ocasião em que perguntava a um dos caciques na aldeia sobre o histórico da

⁷⁴ Ver Evans-Pritchard (2005) para uma análise fundamental sobre a feitiçaria na constituição das relações sociais e o universo da causalidade das doenças. Para uma discussão específica desse tema entre os povos ameríndios ver coletânea organizada por Wright & Whitehead (2004) e dentro desta, o artigo de Buchillet (2004) entre os Desana do Alto Rio Negro.

política de saúde, ele abordou o conceito de saúde da maneira como acreditava que deveria ser usado. Estávamos sentados num dos bancos do Posto de Saúde e esta liderança regularmente freqüentava o local. Nesse dia, havia chegado uma nova técnica de enfermagem e depois de ter se apresentado e trocado algumas palavras com a moça, Plínio continuou falando sobre a situação de saúde do seu povo e frisou que, a seu ver, “saúde era tudo. Saúde era barco, saúde era motor, saúde era combustível”. Depois dessa conversa, optei definitivamente por reconduzir meu olhar para as atividades realizadas “em função” do atendimento médico como algo tão importante quanto a questão terapêutica. Essa perspectiva apresentada pelo cacique foi fundamental para conceber etnograficamente o valor do que várias vezes em meu caderno de campo aparecia como “usos diversificados da estrutura da FUNASA”. Para os profissionais de saúde era simples desvincular a ação em saúde dessas decisões diárias. Atendimento era dar medicação, fazer diagnóstico de doenças, o resto “nós decidimos”. Mas esse era um sentido extremamente restrito e, como pude presenciar em várias ocasiões, inaceitável para os Munduruku.

Portanto, não se tratava de conflitos restritos ao domínio comparativo dos sistemas de conhecimento sobre o processo saúde-doença. Antes, figuravam no cotidiano do Posto de Saúde relações de poder que só se tornaram compreensíveis a partir de uma análise articulada de um *habitus* de certo grupo de profissionais pertencentes ao *campo* da saúde cuja profundidade temporal nos permite acessar os *processos vividos* durante o trabalho de campo tanto quanto refletir sobre pontos de convergência entre poder biomédico e poder tutelar. Para isso, é necessário estar atento às situações que elaboram diretamente as condições de uso desse poder biomédico entre os profissionais de saúde, sem perder de vista suas posições sociais nesse jogo. Assim, estive especialmente atenta tanto à lógica de classificação dos profissionais de saúde quanto as suas experiências no *campo* da saúde indígena, reconhecendo que este constitui um lugar de fala peculiar a esses atores e que envolve precisamente um *habitus* higienista na forma como se relacionavam com os Munduruku. É preciso considerar, portanto, que o recorte metodológico deste trabalho implica o reconhecimento de múltiplos níveis de interação, que podem tanto criar distanciamento como aproximações (por vezes inusitadas). Como veremos a seguir, a narrativa em torno de emoções específicas ao descrever e problematizar a experiência nas aldeias dimensiona esse grupo restrito de profissionais de saúde dentro da EMSI sobre os quais me deterei – as técnicas de enfermagem – numa relação de troca com as alteridades indígenas.

Capítulo 2

De conflitos e improvisos: a construção da alteridade entre as técnicas de enfermagem

Ao propor analisar a relação entre profissionais de saúde e os Munduruku nos espaços de atendimento da atenção básica, inicialmente me perguntava como poderia situar a perspectiva de comparação entre os sistemas médicos. Por um lado, a noção de sistema remetia a conteúdos com limites claros, implicando fronteiras cujo esforço analítico de demarcação reduziria o poder de compreensão dos dados etnográficos. Por outro lado, em todas as vivências durante o trabalho de campo nunca foi claro e preciso que “os profissionais de saúde” compartilhassem de um sistema de conhecimentos formulados exclusivamente a partir da biomedicina.

Assim, era preciso aprofundar as sutilezas implicadas na ideia de uma ação conjunta fomentada na figura da Equipe *Multidisciplinar* de Saúde Indígena (EMSI)⁷⁵. Primeiramente, o cotidiano da assistência básica no DSEI pesquisado era marcado pela presença de profissionais da enfermagem. E em segundo lugar era preciso destrinchar alguns tipos de relações no interior desse grupo. As técnicas de enfermagem eram responsáveis na prática pela condução das atividades do Posto de Saúde em tempo integral nas aldeias. A presença das enfermeiras não era tão intensa, pois enquanto a maioria das técnicas precisava optar pelo esquema de trabalhar trinta dias e folgar quinze (para economizar dinheiro com transporte e/ou alimentação), as enfermeiras faziam escalas de vinte dias de trabalho e dez de folga. Sua intermitência acabava sendo maior e marcava sua forma de atuação e relação com os Munduruku. De todas as situações emergenciais que presenciei, por exemplo, apenas em uma havia enfermeiras na aldeia. Isso significava que no espaço da assistência básica na aldeia as técnicas permaneciam a maior parte do tempo sem o auxílio de outros profissionais da EMSI, além dos Agentes Indígenas de Saúde. Por outro lado, uma enfermeira jamais

⁷⁵ No DSEI Tapajós não havia quase nenhum dos especialistas previstos na Política Nacional de Saúde Indígena e menos ainda se comparado às recomendações da última Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2006.

permanecia sem auxílio das técnicas de enfermagem. Maiores detalhes sobre as enfermeiras serão trabalhadas no capítulo seguinte, em que ficará claro não apenas esse tipo de vínculo na aldeia, mas as formas peculiares como eram construídos.

Exceto os profissionais da enfermagem, médicos, nutricionistas, farmacêuticos e outras categorias de especialistas de saúde desenvolviam trabalhos circunstanciais. Nas aldeias, principalmente, não havia visitas de médicos⁷⁶. Recentemente haviam sido contratadas uma nutricionista e uma farmacêutica. Mas nos oitos meses de trabalho de campo, tive oportunidade de cruzar com a farmacêutica apenas um único dia em que permaneceu no Posto de Saúde da aldeia. Ela verificou a contagem dos medicamentos e viu em sua lista o que precisaria ser enviado. A nutricionista, por outro lado, nunca compareceu e havia boatos de que ela não queria vir até Jacareacanga. As duas profissionais residiam em Itaituba e trabalhavam na Casa de Saúde Indígena dessa cidade.

Como antropóloga, realizando pesquisa para uma tese e sem qualquer vínculo com a FUNASA, minha participação no Posto de Saúde era delineada a partir da minha relação com cada técnica de enfermagem ou enfermeira que chegava para cumprir seus trinta ou vinte dias. Nesse sentido, eu estava todo o tempo negociando a minha presença no interior do grupo de profissionais de saúde. Por outro lado, minha atuação na aldeia era inexoravelmente conectada à relação com os caciques, que não apenas consentiram que minha pesquisa fosse realizada, como acompanhavam o desenrolar do meu trabalho⁷⁷. Além disso, com o passar do tempo, eu adentrei num circuito de relações de amizade que me permitiram “fechar” um círculo. Assim, a aldeia não era unicamente o cenário de encontro com essas pessoas, mas os períodos de estadia na cidade também faziam parte da constituição das relações, num processo ininterrupto e crescente.

Podemos afirmar que havia uma diversidade no interior da EMSI que impunha diferenças significativas na relação diária com os Munduruku. Ao longo do tempo na aldeia, comecei a indagar as técnicas de enfermagem sobre o que achavam do seu trabalho, como era viver na aldeia. Paralelamente, buscava participar de seu cotidiano de trabalho no que me era possível. Como nunca faltava trabalho a ser feito, eu me propunha basicamente a ajudar na feitura dos relatórios do “temido” consolidado.

⁷⁶ Houve dois médicos que integraram a EMSI durante alguns meses entre 2006 e 2007. Não foi possível averiguar os pormenores do desligamento da equipe, mas muitos boatos deram conta de que nas aldeias o trabalho dos médicos não era bem vindo e nem considerado essencial, na medida em que eles faziam o mesmo trabalho das “enfermeiras”.

⁷⁷ Especialmente o cacique Plínio, cuja atuação no posto era regular e com quem eu tinha conversas frequentes sobre o histórico de assistência à saúde na aldeia.

O consolidado era um relatório com informações sobre cada procedimento realizado no Posto. Todos os prontuários abertos no período, tratamentos, medidas de peso e altura das crianças de zero a cinco anos, relatórios para programas de saúde específicos, dentre os quais os mais desenvolvidos eram o Programa de Hipertensos e Diabéticos (chamado pelas enfermeiras de “hiperdia”), o de Pré-Natal, o de Crescimento e Desenvolvimento dos menores de cinco anos e o Programa de Prevenção ao Câncer do Colo de Útero (PCCU). Porém, o que dava mais trabalho para registrar eram as atividades mais comuns no Posto de Saúde: dar medicamentos e o controle mensal do crescimento das crianças. No caso da medicação, quando um prontuário era aberto, a pessoa em geral iniciava um tratamento de cinco a sete dias. Cada dia, ela tomava duas a três doses da medicação, que eram anotadas no prontuário. Ao final, os prontuários utilizados no mês eram reunidos e transcreviam-se todas as informações para tabelas em um conjunto de formulários a que se dava o nome de consolidado. No caso do crescimento das crianças, à transcrição do registro deveria se somar o cálculo em relação ao registro do mês anterior, comparando os dados de cada criança a uma tabela nutricional utilizada pelo Departamento de Saúde Indígena da FUNASA⁷⁸ para se chegar a média de crescimento. Essa atividade envolvia trabalho extra depois do expediente cumprido no Posto de Saúde e era alvo de numerosas reclamações por parte das enfermeiras e técnicas de enfermagem, gerando desentendimentos entre elas sobre as atribuições dessa tarefa. Motivo de pressão constante por conta da coordenação local, a última quinzena de cada mês era marcada por situações de ansiedade e nervosismo em torno da produção do documento.

No momento específico do atendimento, eu acompanhava os diálogos (ou a ausência deles) e, sobretudo, acompanhava a situação de abordagem aos problemas colocados pelos Munduruku. Dei-me conta de que se havia um plano de ações que poderia ser definido como intermedicalidade – termo cunhado por Greene (1998) que Fóller (2004) resgatou como sendo uma “zona de contato entre profissionais de saúde e povos indígenas”, através da qual seria legítimo falar em uma “indigenização da biomedicina” – nos termos de uma “pacificação do branco” (Albert & Ramos, 2000) –

⁷⁸ A fonte utilizada era uma publicação norte-americana da National Center Health Statistics – NCHS. Growth for children birth – 18 years. Vital and Health Statistics Series, 11, 165. DHEN Publ. 78-1650. Washington, US: Government Printing Office, 1977. As categorias de classificação do peso utilizadas eram cinco: “peso muito baixo”, “peso baixo”, “risco nutricional”, “eutrofia” e “risco de sobrepeso”. Segundo meus dados oriundos do acompanhamento de alguns meses da pesagem das crianças, as categorias nas quais mais de 80% das crianças entre zero e cinco anos se enquadrava eram as de peso baixo e de risco nutricional.

era premente considerar que as técnicas de enfermagem demonstravam cotidianamente precisar de muito mais do que “conhecimentos biomédicos” para atuar de acordo com as expectativas tanto das enfermeiras quanto dos Munduruku. Para ser uma boa técnica de enfermagem na saúde indígena, essas mulheres costumavam dizer que era preciso “se virar nos trinta” ou ainda, era preciso saber “não se complicar”. Por um lado, a biomedicina enquanto um conhecimento “ocidental” era uma presença incontestada, não só por meio dos medicamentos alopáticos disponíveis ou das palestras sobre higiene e formas de transmissão de doenças, mas a própria estrutura física do Posto de Saúde – que se posicionava ao lado do Posto da FUNAI – acionava uma forma de relação de poder entre os profissionais de saúde que ali se encontravam e os Munduruku. Por outro lado, ao me aprofundar na experiência das técnicas, percebi que havia uma diversidade de opiniões e valores que não apenas impossibilitavam uma leitura homogênea sobre suas práticas profissionais, mas encaminhavam a análise para os termos em que essa diferenciação interna ocorria. As diferentes emoções suscitadas entre elas *para descrever a relação* cotidiana com os Munduruku compuseram um aspecto relevante das situações etnográficas que serão apresentadas. Assim, os sentimentos foram importantes na medida em que desvelaram formas de engajamento naquela realidade, não enquanto perspectivas de um sujeito individual.

Será fundamental, entretanto, que possamos distinguir antecipadamente entre a biomedicina como um discurso de poder sobre o outro, cujas *condições de uso* se liberam, muitas vezes, de ter afinidade com a biomedicina como um princípio de ação cientificamente embasado. A meu ver, há uma grande diferença ao considerarmos a biomedicina simplesmente como uma representação social, no caso de a tratarmos como representação do pensamento “ocidental” e ao considerarmos situações interativas nas quais a biomedicina se apresenta como prática discursiva cuja eficácia social está em jogo, não é definida de antemão. Se analisarmos essa “zona de contato” considerando que a biomedicina é um conhecimento dinâmico nesses termos, que só faz sentido através das pessoas que cotidianamente a fazem acontecer, podemos afirmar que as relações entre os profissionais de saúde e os Munduruku jamais estiveram dissociadas dessa contextualização das relações no interior da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

Cotidiano e Saúde: relações de poder e de cuidado

Dentro da proposta da tese de apreender significativamente as experiências dessa categoria de profissionais da EMSI, nota-se um cotidiano de trabalho marcado por uma temporalidade própria: era preciso estar por longos períodos na aldeia. Nesse convívio diário a técnica de enfermagem acompanhava as ações dos Agentes Indígenas de Saúde, buscava estratégias de convencimento sobre medidas de emergência e preventivas, além de alternativas para controlar gastos com combustível, o uso da embarcação da FUNASA e o uso dos remédios. Essas eram suas orientações básicas, as quais recorriam enquanto atribuição legítima da sua posição no cotidiano do Posto de Saúde. Entre os Munduruku, o abuso sobre os medicamentos alopáticos não era considerado um grande problema para as técnicas, que reclamavam mais frequentemente da pouca assiduidade dos mesmos ao Posto de Saúde. O problema, nesse plano, se localizava na forma de uso do medicamento e não numa disputa sobre o acesso em si. Como veremos, há uma situação dialógica comum nos casos que serão apresentados: são os “sufocos” vividos cotidianamente a partir dessas “atribuições” descritas e que, a depender desse “jogo de cintura” das técnicas, poderiam ou não transformar-se em eventos de repercussão na(s) aldeia(s) e/ou na cidade.

Outro recurso comum às técnicas de enfermagem era acionar a “falta de tempo” para justificar atitudes controversas na relação com os Munduruku. O manejo do tempo se posicionava como um recurso da autoridade pretendida, já que se esperava dos Munduruku, por sua vez, que sempre tivessem tempo disponível para ir ao Posto, receber visitas ou cumprir períodos de internação na CASAI apenas para receber exames ou realizá-los, muitas vezes. Se por um lado, o tempo depreendido em aldeia era considerado longo pelas técnicas de enfermagem, por outro lado, em relação aos Munduruku o tempo era exíguo. Os problemas vivenciados no momento do atendimento estavam, portanto, referidos a forma de objetivação do tempo pelas técnicas de enfermagem.

Como estratégia narrativa, apresentarei cinco situações etnográficas que abordam os seguintes aspectos das experiências das técnicas de enfermagem: 1) primeiros contatos e forma de entrada na aldeia, 2) experiências marcantes de atendimento, em geral, emergências 3) relações cotidianas na aldeia e na CASAI. Essa abordagem seguir-se-á também através da explicitação do contexto das minhas relações

em campo. Nas duas etapas da pesquisa, passei ao todo cinco meses na aldeia e três meses na cidade e na Casa de Saúde Indígena (CASAI). Cada situação etnográfica trata das experiências de uma mesma pessoa, e as utilizo como recurso narrativo através do qual podemos discernir, ao mesmo tempo, pontos de convergência e divergência na relação com os Munduruku e com as enfermeiras. Esse tipo de recurso permite que as continuidades e descontinuidades na forma de relação estabelecida por esta parcela da equipe de saúde com os Munduruku e com as enfermeiras não assumam um caráter contraditório, de oposição. Desse modo, a diversidade de experiências narradas contribui para construir um quadro abrangente dos conflitos que permeiam o cotidiano da assistência à saúde indígena.

Nas situações etnográficas I, II, III, IV e V discorro sobre as experiências de cinco mulheres que possuem inserções ligeiramente diferentes: Palmira, técnica de enfermagem reconhecida por ser das profissionais mais antigas no Distrito Sanitário (contratada desde 2000) e Gilda, uma profissional de saúde que também atuava como comerciante na cidade, apresentam relatos de experiências passadas nas aldeias e também das que viviam naquele momento trabalhando na CASAI. Seus discursos eram marcados pelo sentimento de desconfiança em relação aos Munduruku. Judite, convicta da sua vocação para o trabalho nas aldeias e Mirtes, que elaborava certa continuidade entre viver na aldeia e em sua comunidade ribeirinha, ressaltavam aspectos positivos da relação dentro da qual o sentimento de amizade transparecia e, por último, Helena, acusada peremptoriamente de incompetência por seus pares profissionais, apontava para situações de conflito entre as profissionais de saúde e destacava os sentimentos de medo e perigo ao viver na aldeia.

Como todas elas pertenciam à mesma faixa etária – à exceção de Mirtes – compartilhavam ideias e gostos, mas também marcavam diferenças significativas nas relações com os Munduruku, elas se tornaram ao longo do meu processo de vivência, e de posterior escrita, importantes para a compreensão dessa sutileza que permeia as relações no interior da EMSI que vai desde a particularidade de estratégias de convencimento, percepção das formas e manejos da relação com os Munduruku até a generalidade do tema central que dá sentido a esse grupo, seja na aldeia ou na cidade, que poderia ser resumida no conceito de improviso. Esse conceito, embora não seja uma categoria nativa, corrobora sensivelmente na constituição dessa visão das técnicas de enfermagem de que elas próprias constituíam um grupo “diferenciado”, marcados por um saber/fazer associado ao “se virar nos trinta”, “não se complicar” e ter “jogo de

cintura”. Essas noções são fundamentais porque elucidam o manejo do tempo (longo ou exíguo) em relação às demandas Munduruku, em relação às enfermeiras e em relação às outras colegas de profissão, técnicas de enfermagem, mas que não trabalhavam na saúde indígena. Portanto, as habilidades do improvisar constituíam o elogio de um saber/fazer que as diferenciava como de dentro ou de fora da saúde indígena.

No processo descritivo, os relatos também se constituem como experiência de campo. Por isso, é preciso estar claro que além das entrevistas, havia uma série de situações em que as opiniões e pontos de vista eram acionados cotidianamente, sem que houvesse uma abordagem direcionada para um modelo em que os sujeitos da pesquisa eram apartados do seu cotidiano. Muitas vezes, as conversas eram obtidas durante atendimentos, feitura de relatórios, caminhadas pela cidade e pela aldeia, descrições de problemas que estavam se dando naquele momento. Assim, as entrevistas serviram como um suporte para me ajudar a entender da forma mais abrangente possível a constituição da relação com os Munduruku a partir do ponto de vista desse grupo de profissionais da enfermagem. Os relatos, por assim dizer, abrangem experiências vividas junto com elas, cenas de atendimento, entrevistas face a face e sem a presença de outros interlocutores, comentários entre amigas. Desse modo, espero não produzir uma separação artificial entre entrevista e descrições etnográficas, uma vez que a temporalidade recortada das entrevistas também está incluída no modo que me aproprio dela enquanto escrita etnográfica.

Situações etnográficas I. Desconfiança, solidão e promoção à saúde.

Palmira nasceu no interior do Maranhão e tinha pouco mais de 50 anos. Na década de 80, ela se divorciou e veio com os filhos pequenos para Itaituba buscar emprego, onde trabalhou como auxiliar de enfermagem em Postos de Saúde e prestou serviços voluntários através de um grupo de escoteiros que frequentou. Em 1994, participou de campanhas de vacinação em áreas do interior, quando teve o primeiro contato com os Munduruku no Alto Tapajós. Em 2000, ela foi contratada pela prefeitura de Jacareacanga em convênio com a FUNASA e, após treinamento de uma semana sobre o preenchimento de formulários, foi enviada para uma das aldeias que conformam os nove Pólos-Base do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós. Após cinco anos, foi transferida para a CASAI onde permaneceu por três anos. Em julho de 2009, Palmira pediu para voltar a trabalhar nas aldeias, pois estava planejando tirar folgas e

visitar seus filhos e netos, que moram em diferentes lugares no interior do Pará. Na CASAI, o contrato de trabalho permite férias anuais, mas como a situação era muito instável e a rescisão dos contratos frequente, as férias poderiam não se efetivar nesse processo. Trabalhar na aldeia, portanto, seria uma forma de garantir o benefício⁷⁹.

Logo que cheguei à cidade, fui me encontrar com Palmira. Como nosso contato em comum era uma colega antropóloga que ela havia conhecido durante um trabalho de consultoria da mesma pela região, fui convidada para residir em sua casa no tempo em que eu estivesse na cidade. Os primeiros dias de convívio apresentaram elementos importantes sobre a relação pesquisador/pesquisado que apresentam ao leitor meu contexto de inserção “no campo”.

O cenário de nossos primeiros encontros foi a CASAI e sua casa, um pouco afastada do centro, num bairro raramente habitado por profissionais da saúde, que preferiam viver no centro, dividindo quartos alugados com outros colegas durante o período de estadia em Jacareacanga. Nas primeiras páginas de meu diário de campo, relato as atitudes de Palmira sobre minha presença. Primeiramente, expliquei que como pesquisadora estava interessada em entender melhor o atendimento destinado aos Munduruku. Com esse dado em mãos, Palmira tomou duas providências: pediu que eu conversasse com a coordenadora local e no dia seguinte me inseriu numa reunião que alguns Munduruku estavam realizando na CASAI para discutir o problema da recente desistência da Fundação Esperança do convênio com a FUNASA.

Como era de se esperar, nesse primeiro diálogo com as lideranças locais, tornei a explicar minhas intenções de pesquisa. Uma liderança indígena que atuava como assistente administrativo na CASAI e a secretária da Associação Indígena Pusuru me apresentaram ao restante do grupo. Eram, em sua maioria, pessoas idosas. Sentei-me na roda. Uma por uma, elas se levantavam e falavam sobre os problemas enfrentados na saúde. Havia uma reclamação generalizada quanto à perda do convênio, mas, principalmente, quanto à substituição considerada arbitrária da chefia do DSEI em Itaituba ocorrida alguns meses antes⁸⁰. Dois representantes da coordenação local da

⁷⁹ Desde o início de 2010, porém, as técnicas em enfermagem estavam sem receber salários. Essa havia sido justamente a motivação de Palmira ao vir para a região pela primeira vez, dez anos atrás, por causa de salários constantemente atrasados na prefeitura de Itaituba. O salário, em média, de uma técnica de enfermagem era de R\$700,00.

⁸⁰ Eu tive oportunidade de ouvir a versão apresentada pela nova chefia do DSEI em relação a este conflito. Quando ela me recebeu em sua sala pela primeira vez, eu buscava autorização para ter acesso a dados da sede local, principalmente os relatórios produzidos a partir dos consolidados cuja fabricação eu havia acompanhado na aldeia. Contudo, Fátima parecia pouco interessada nesse aspecto da nossa conversa. Logo depois que sucintamente descrevi o contexto da pesquisa, a nova chefe do DSEI começou

FUNASA estavam nessa reunião. Um era antigo agente de endemias da ex-SUCAM, Wagner, que agora coordenava o setor administrativo da CASAI junto com a enfermeira-chefe⁸¹. A outra, Suelen, trabalhava especificamente na contabilidade e administração do combustível de todos os Pólos-Base do distrito. Os dois nada falaram durante mais de uma hora. Quando os idosos terminaram de falar, foi a vez dos representantes da FUNASA, Suelen e Wagner. Os Munduruku queriam explicações sobre um repasse de verba não efetuado, mas estavam inconformados de discutir a questão com auxiliares da administração e não com a chefe do DSEI, como eles costumavam fazer antes da troca pela nova chefia do DSEI, vista como arbitrária pelas lideranças Munduruku. Com escárnio, eles pontuavam em suas falas direcionadas a Wagner e Suelen que “como podia aquela mulher [Fátima] ser chefe do DSEI Tapajós sem jamais ter aparecido em Jacareacanga para ver seu povo.⁸²” Suelen se restringiu a dizer que eles deveriam, então, escrever a carta de reivindicação que haviam planejado, mas que ela não podia ajudar no restante. A postura corporal dos dois representantes da FUNASA era a mesma: eles estavam sentados, foram os únicos que falaram sentados e pareciam enfasiados com suas participações. Essa reunião, logo na chegada, me abriu para a complexidade das relações em torno da disputa da gestão local da saúde indígena. As lideranças Munduruku na cidade viviam um clima de intensa insatisfação com os funcionários da FUNASA pelas decisões consideradas por eles arbitrárias tomadas em Itaituba – por isso reivindicavam também que a sede principal fosse transferida para Jacareacanga – numa região (Alto Tapajós) onde vive mais de 80% do povo Munduruku. Além disso, viviam também o clima de uma eleição municipal que colocava frente a frente candidatos que haviam sido parceiros políticos no passado recente e que se coadunavam com disputas entre candidatos Munduruku aos cargos de vice-prefeito. Ao final dessa reunião, tive oportunidade de conversar pessoalmente com

a falar ininterruptamente sobre os conflitos entre ela e o antigo chefe. Disse que a administração anterior era querida pelos índios porque “ele os comprava com bebidas, favorecimentos e até mulheres na cidade”. Deu a entender que ele desviava dinheiro para dar aos índios e, em troca, os fazia de “massa de manobra para seus próprios interesses políticos”. Por causa disso, os índios não aprovaram a troca de chefia. Por outro lado, circulavam muitos boatos em Jacareacanga de que a indicação da nova chefe ao cargo era fruto das disputas locais político-partidárias.

⁸¹ A distribuição de cargos na sede local do DSEI obedecia sempre ao critério de unir um profissional da FUNASA concursado e um contratado, como era o caso de Wagner e Suelen, respectivamente. Em geral, os funcionários concursados da FUNASA na cidade eram ex-agentes de endemia que ocupavam cargos administrativos. Já os contratados se dividiam entre ocupações administrativas, envolvendo distribuição de recursos e prestação de assistência direta como era o caso dos profissionais de saúde em aldeia.

⁸² Uma ex-funcionária da FUNAI que conheci em campo por conta das eleições municipais de 2008, das quais ela participava como articuladora, me contou que durante muito tempo houve boatos de que os Munduruku a estavam esperando em Jacareacanga para “pegá-la”, tamanha a insatisfação com a demissão do ex-chefe. Por isso, ela nunca teria aparecido na cidade.

as lideranças que trabalhavam diretamente na Associação Indígena, com quem desenvolvi um relacionamento mais próximo entre os Munduruku que viviam na cidade⁸³.

*

Após essa reunião, continuei a acompanhar Palmira na CASAI. Ela comentou quais eram, a seu ver, os principais problemas da saúde indígena, sendo a falta de transporte e de medicação apontados como os mais frequentes. Nesse dia, eu havia combinado que iria acompanhá-la até sua casa. Enquanto esperava pela troca de plantão, observei como se efetuava o movimento na sala de atendimento da Casa Saúde Indígena (CASAI). Palmira estava na mesa da sala, preenchendo papéis de registro do atendimento. Havia uma moça com bebê no colo fazendo nebulização. Entrou um homem de uns trinta anos procurando o telefone porque alguém lhe disse que uma parenta tinha telefonado. Ele falou com sua sobrinha, de 21 anos, que estava internada em Itaituba e chorava com dores nos quadris. Ela tinha um parafuso de encaixe no local por conta da queda de um açazeiro aos 12 anos. O médico havia lhe dito que ela não podia fazer muito esforço, mas segundo o homem, ela tinha se machucado internamente com os movimentos cotidianos. Quando ele desligou, já havia chegado a colega de trabalho do próximo turno, a Lígia. As duas perceberam que o homem fazia menção de chorar por causa do sofrimento de sua parenta. Puseram-se a consolá-lo dizendo em tom de voz explicitamente alto “Nããã... não chora não, homem!” A entonação da voz era muito similar àquela usada para as crianças quando caem e começam a chorar. O homem, então, continuou muito abatido, mas não chorou. Ele comentou com tristeza a situação de anos de sofrimento de sua parenta, mas que como era jovem, não havia como evitar a “danação”. Lígia, então, perguntou se a criança já podia sair da

⁸³Sempre frisei nas minhas relações com os Munduruku que estava interessada em realizar uma pesquisa sobre o atendimento de saúde indígena. Apesar de desconhecerei antropólogos focados no trabalho dos profissionais de saúde como eu estava a fazer, a participação dessas pessoas se deu justamente na forma de confrontar-me com a construção de um problema de pesquisa antropológico que os envolvia diretamente, ainda que não fosse um trabalho sobre “suas tradições”, como eles próprios se referiam. Inclusive, esta era uma reclamação comum às lideranças Munduruku na cidade, que se viam preteridos por pesquisadores – entre lingüistas e antropólogos – que apenas passavam por lá e nunca mais retornavam para dar satisfações sobre as pesquisas. A nova situação de pesquisa apresentada por mim também gerou desconfiâncias na cidade, a princípio. Na aldeia, a relação cotidiana e próxima com os caciques permitiu que minha pesquisa fosse mais bem acompanhada e, eventualmente, interpelada por eles. Entretanto, não pude corresponder à altura de demandas por vínculos institucionais que pudessem gerar outros tipos de troca além do compromisso de entrega do trabalho final à Associação Indígena e à Escola da aldeia onde residi.

nebulização. A técnica se dirigiu à mulher e retirou o aparelho, o que fez a criança que dormitava acordar. Ela não disse nenhuma palavra à moça. A mesma se levantou e saiu sem dizer nada. Pouco tempo depois a moça entrou para beber água do galão que havia na sala, com mais duas crianças. Entrou e saiu rapidamente. Palmira ainda levou um tempo para acabar de arrumar os papéis e explicou os últimos preenchimentos para Lígia. O homem foi embora nesse meio tempo e um senhor entrou em seguida para saber se era hora de tomar seu remédio. Palmira disse que seria apenas às 22hs. Ele foi embora sem dizer nada. A técnica de enfermagem elogiou “os índios” que fazem isso e vão até lá se certificar da hora do remédio. No mesmo instante, ela viu um prontuário no qual uma mulher não havia tomado seu remédio na hora e avisou à Lígia. Completou seu raciocínio dizendo, ainda, que tinha gente que “sumia pela cidade” e não estava lá na hora de tomar a medicação prescrita.

Através de consentimento da coordenadora local e do aceite de Palmira que me permitiu acompanhá-la em suas atividades profissionais e de lazer, comecei a estabelecer relações na cidade. Conversávamos longas horas sobre suas experiências pregressas nas aldeias. Toda vez que eu precisava ir à cidade, era em sua casa que eu me hospedava durante os primeiros quatro meses de campo⁸⁴. Embora eu estivesse “autorizada” a pesquisar nas dependências da CASAI pela coordenação local e regional da FUNASA, meu trabalho foi sempre marcado pela negociação da minha presença, o que contribuiu para relacionar o processo da interlocução às percepções sobre os serviços de saúde. Na medida em que eu me aproximava do cotidiano na CASAI, Palmira ia me explicando o que estava fazendo, me dando índices de sua avaliação e comparando suas experiências *in loco* a experiências anteriores. Assim, os relatos resultavam em produtos dialógicos dessa convivência através da qual pude construir um quadro de informações que alternavam conflitos, harmonias, impasses e improvisos. Um arsenal de orientações que partia dessas profissionais de saúde me conduziu à complexidade das situações de atendimento que foi, aos poucos, se formando.

Palmira relatou que nos primeiros meses de trabalho nas aldeias, a comunicação era muito complicada por causa da língua Munduruku. No entanto, mesmo sem saber falar e sem ter como aprender do ponto de vista formal, descobriu uma maneira de atuar nessas situações hostis. Certa vez, quando morava numa aldeia distante, ela contou que

⁸⁴ A segunda parte de meu campo coincidiu com algumas mudanças na agenda da pesquisa, pois o trânsito que eu fazia entre a cidade e a aldeia tornava difícil a experiência de compartilhar as chaves da casa, por exemplo.

um professor indígena a ensinou um recurso de tradução da fala do outro: era preciso fazer certo movimento de inversão ao que estava sendo dito, era preciso “entender ao contrário”. Sempre estranhei essa forma de definir a comunicação e indaguei sobre isso em várias ocasiões. Palmira apontava, basicamente, que a língua era uma barreira, mas que não lhe impedia a comunicação. Segundo ela, o exemplo mais comum da “inversão” girava em torno da situação diária de atendimento que era dar remédios para terceiros. Tomemos um casal em que a mulher estava doente e o marido ia buscar sua medicação. Palmira, então, perguntava ao marido se sua mulher havia tomado a dose anterior, ao que o marido respondia: “Tomei.” Com essa resposta, a técnica de enfermagem dizia ficar confusa sobre quem havia tomado o medicamento. Essas dificuldades eram dirimidas com a participação dos Agentes Indígenas de Saúde, sem dúvida, mas o que estava em jogo nesse caso era a constituição de um repertório que lhe permitia desdobrar a barreira da língua numa forma de desautorização do outro. Isto é, a possibilidade de construção de um ambiente comum de comunicação (Schutz, 1979) era justamente o que estava a ser desconsiderado nessa “inversão”. A tática de imprimir uma *versão* – descrita como “inversão” – à resposta do outro sem tomá-lo como parte integrante deste empreendimento fazia com que a língua se incorporasse a um repertório de improvisos típicos das técnicas de enfermagem, sendo considerada uma barreira de modo relativo ao contexto da interação. Assim, é preciso esclarecer que nem sempre a língua constituía uma barreira à comunicação, mas tanto num caso como no outro, a inclusão da perspectiva dos Munduruku sobre o conteúdo daquela apropriação estava fora de questão. Do ponto de vista de Palmira e outras profissionais de saúde, entender a língua era mais importante do que falar e, nesse sentido, se compartilhava um repertório de termos Munduruku que eram utilizados cotidianamente pelas profissionais da enfermagem. Termos de cumprimento, nomes de partes do corpo, descrição de tipos de dores no corpo são exemplos que registram as formas de *uso da barreira* da língua Munduruku como integrante fundamental desse repertório do improviso.

Na primeira vez em que foi para a aldeia, Palmira passou por um estágio de sete dias na CASAI, para “ver como era o índio”. E desde então, trabalhou em quase todos os Pólos-Base do DSEI. Sobre a experiência geral de permanência na aldeia, Palmira oferecia uma leitura padrão sobre as relações: pouco contato – restrito ao momento do atendimento – desconfiança e isolamento. Contudo, essa retórica inicial apontava a chave de um problema maior para compreender o ponto de vista do grupo ao qual Palmira pertencia: elas possuíam uma liberdade muito reduzida de falar, relatar

problemas, sentimentos ou quaisquer outras situações sobre a vida na aldeia com as enfermeiras/supervisoras. Assim, falar sobre problemas de relações na aldeia era o mesmo que desautorizar certa competência socialmente construída para estar entre as profissionais que trabalham com povos indígenas. Em sentido figurado, era como um tiro no pé, pois essa atitude minimizava o próprio repertório de improviso que era o capital simbólico por excelência das técnicas de enfermagem. Era por ter um período de convívio significativamente maior que qualquer outro membro da EMSI, excetuando os AISs, que elas eram reconhecidas pelas enfermeiras, por outras técnicas de enfermagem do município e pelos próprios Munduruku.

Desse modo, faz sentido que os assuntos abordados em visitas à coordenação local abrangessem sempre conversas que pouco refletiam experiências de convívio na aldeia, pois essa era uma parte naturalizada do trabalho. O controle sobre datas de entradas e saídas das aldeias, a falta de algumas medicações e, sobretudo, a falta de infraestrutura no trabalho eram os temas dominantes na conversa entre técnicas de enfermagem e suas supervisoras enfermeiras. Assim, a questão geral e indefinida da infraestrutura se constituía como um campo fértil de reivindicações, informando e orientando (no sentido Schutziano, 1979) o olhar sobre a relação com os outros profissionais da EMSI que não trabalhavam nas aldeias. Outro aspecto da vivência nas aldeias destacado por Palmira eram os períodos ininterruptos de trabalho. O *tempo em aldeia* era um elemento crucial para reivindicar essa identidade própria à saúde indígena. Havia dois tipos de temporalidade distintos: um versava sobre o tempo de permanência num mesmo Pólo-Base, algo que a “rotatividade interna” imposta pela coordenação local dificultava, e o outro contabilizava o maior período de permanência na aldeia. Esses eram dados sempre em destaque quando as técnicas de enfermagem falavam de sua experiência profissional.

O embaraço em relatar problemas de relacionamentos, as mazelas, as brigas, as desavenças e conflitos eram contornados pelas técnicas de enfermagem através da atribuição dessas experiências a outrem. Inclusive, essas estratégias geravam a possibilidade de apontar os prováveis problemas nessas colegas de trabalho que a tornaram inaptas e, portanto, de projetar quais seriam qualidades indicadas para o trabalho. Mal adaptadas, desavisadas, intransigentes ou que “se complicam” seriam sínteses para justificar o mau desempenho de colegas que tiveram experiências de expulsão, ameaças e eventual demissão. A demissão, não devemos esquecer, frequentemente significava a incorporação da funcionária ao município, onde se

continuava atendendo os Munduruku. Para marcar essa diferença, no entanto, de que havia um grupo de profissionais da saúde indígena, as próprias técnicas de enfermagem do hospital costumavam chamar as profissionais da CASAI quando ocorria algum “imprevisto” relacionado aos pacientes Munduruku no hospital.

Sobre atividades na aldeia, Palmira apontava que ir “de casa em casa” era muito importante porque os Munduruku não costumavam freqüentar o Posto de Saúde espontaneamente para fazer diagnósticos e que havia dificuldades para que as pessoas cumprissem todo o período de medicação. Em suas estratégias de improviso diante dessa situação de “desconhecimento” dos índios sobre a importância dos procedimentos figurava a noção da “busca ativa”, termo comum às políticas de saúde pública⁸⁵, mas que nesse contexto ganha o estatuto de uma categoria nativa que incrementa aspectos da relação com os Munduruku. Nessa lógica local da busca ativa, chegava-se a “bater de rede em rede” para saber se havia alguém doente ou em tratamento. Outra medida que assumia como parte de seu trabalho era convocar as mulheres para varrer suas casas e tirar o lixo do chão ou, ainda, chamar atenção das mulheres ao vê-las passando com seus filhos para a beira do rio num horário em que a profissional de saúde julgasse ser perigoso (início da manhã e da noite, quando havia maior risco de contrair malária). Aqui se vê a apropriação de um conceito importante nas políticas nacionais de atenção à saúde, busca ativa, de uma forma que necessariamente envolve uma percepção sobre “os índios”, que não eram considerados como agentes do processo de recuperação de sua própria saúde da forma como preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde em sua terceira edição (Ministério da Saúde, 2010)⁸⁶.

⁸⁵ O termo busca ativa encontra uma referência específica no texto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. É quando se refere ao fato de haver ausências acumuladas historicamente em relação à saúde destes povos, inserindo o contato com os brancos como uma das causas das suas atuais condições de vida: “A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono freqüente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.” (FUNASA, 2002:11)

⁸⁶ Vale retomar a intenção dos textos oficiais ao postular a noção de promoção da saúde como inovadora: “Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e, colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegeam determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida.” (2010:10-11)

Embora nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a busca ativa se vincule ao reconhecimento da relação entre condições de vida e doenças de um ponto de vista abrangente, a forma como essa noção aproximava os cuidados de enfermagem a uma visão sobre os modos de vida indígena deve ser mais analisada. A maneira como essas atitudes denominadas localmente como busca ativa se integrava ao discurso mais amplo da promoção à saúde na saúde pública estaria, a meu ver, estreitamente relacionada a um julgamento não sobre as condições de vida apenas, mas sobre os *modos de vida*, isto é, ao fato de que as condições de vida dos Munduruku seriam resultado de um “não entendimento” por parte deles da lógica epidemiológica do risco e da contaminação e transmissibilidade das doenças. Esse deslizamento entre o contexto de uso do termo condições de vida para modos de vida, aliada ao aspecto cotidiano de “busca ativa” na assistência à saúde nas aldeias, demonstra que o imprevisto não seria apenas uma questão de estratégia diante da ausência de recursos por parte das técnicas de enfermagem. Isto porque a ausência de recursos, a carência, era elaborada em torno da própria diferença cultural. Ao se postular a importância das condições de vida enquanto condições sanitárias, a construção de uma autoridade sanitária era ato contínuo. Formava-se entre as profissionais de saúde, me parece, um *ambiente comum de comunicação* (Schutz, 1979) na qual a classificação do modo de vida dos índios era totalmente integrada à categoria local de “busca ativa” e vinculada aos objetivos formais de promoção à saúde na aldeia. Uma faceta conflituosa dessa atuação era apontada pelas técnicas de enfermagem ao revelar que os Munduruku, principalmente as mulheres, costumavam se esconder quando da chegada de um profissional de saúde em suas casas. Esconder-se, esconder as crianças ou “ir para o mato” eram recursos salientados pelas técnicas de enfermagem como uma ignorância que deveria ser combatida com uma “busca ativa de rede em rede”. Essa violência incorporada às práticas de saúde era expressa através de reações de constrangimento e a explicitação de sentimentos de raiva e indignação entre as mulheres Munduruku como procurei demonstrar ao longo das situações etnográficas abordadas. O insulto moral, nesse caso, não era assim percebido pelas técnicas de enfermagem, confirmando a ausência de reconhecimento de uma paridade dialógica (Cardoso de Oliveira, 2004).⁸⁷

Contudo, a percepção da convivência com os Munduruku na aldeia, para Palmira, era muito diferente de quando estava na cidade. A aldeia representava um lugar

⁸⁷ Para os leitores interessados num debate aprofundado sobre a relação do insulto moral com a problemática do reconhecimento de minorias étnicas ou nacionais, ver Cardoso de Oliveira (2002).

calmo e seguro, onde “nada de mal poderia lhe acontecer”. Em contraste à insegurança percebida na CASAI, principalmente nos plantões noturnos, pois sempre reclamava que apareciam pessoas embriagadas querendo entrar. Para ela, a cidade era um grande problema para os Munduruku que, além de ter acesso à bebida, contraíam dívidas com os comerciantes. Por outro lado, na aldeia ela gostava de como tudo era dividido. Sempre que alguém caçava, todos se reuniam para compartilhar, “nem que fosse um pedacinho”. Essa reflexão sobre a natureza das relações na aldeia e na cidade nos aponta para a essencialização mais comum do ser indígena, cuja materialidade de sua existência estaria permanentemente vinculada a um simulacro de índio, o índio hiper-real de que fala Ramos (1995), idealizado por diversas organizações de apoio à causa indígena e que, no caso das profissionais de saúde, aparece duplamente essencializado: tanto na incorporação dessa idealização de certo modo de vida e de ser indígena, conforme descreve Ramos (1995), atrelada às relações de cuidado preconizadas pela ideia da promoção à saúde.

Certa ocasião, Palmira me convidou para ver fotos dos seus tempos nas aldeias. Havia muitas fotos, então selecionei algumas para que ela me explicasse mais detalhadamente do que se tratava. Na primeira foto selecionada, ela participava de uma festa de ano novo e aparecia mexendo um tacho com *manicuera*⁸⁸. Ela salientou que gostava do sabor do prato, mas não das condições “anti-higiênicas” nas quais era produzido, o que a fez não compartilhar da comida. Em outra foto, ela estava ao lado de um dentista e de um Agente Indígena de Saúde dando uma palestra sobre prevenção a cáries. E, nas imagens seguintes: fazendo o que chamava de “mutirão de limpeza” com as mulheres; fazendo suturas e, finalmente, preparando uma enorme panela de chá. Ela explicou que num momento de “sufoco” na aldeia, em que o estoque de remédios havia terminado, ela improvisou. “Saiu para o mato” em busca de folhas de capim-santo, limão, manga e gengibre, que ela havia aprendido desde a infância que serviam para combater a gripe. As imagens permitiram visualizar as estratégias de que Palmira falava e sua posição nesse processo: eivado de experiências nas quais o imprevisto dava sentido positivo à relação, isto é, fortalecia uma forma específica de relacionar-se que permitia uma associação estratégica entre um julgamento sobre modos de vida dos Munduruku (e não suas condições de vida simplesmente) e a promoção à saúde.

⁸⁸ Prato tradicional Munduruku, um mingau a base de castanha do Pará e mandioca, incorporado às festas do calendário nacional.

Além disso, era cada vez mais notório na minha relação com Palmira, durante conversas informais, os períodos em que a acompanhava na CASAI e nossa convivência diária, que suas análises das experiências vividas na saúde indígena ganhavam sentido através de sentimentos específicos. A aldeia representava, antes de tudo, solidão. Já na CASAI predominavam sentimentos de medo e desconfiança com as atitudes dos Munduruku, suas idas e vindas pela cidade, seus “sumiços”. Para ilustrar seu argumento, ela citava as reuniões em aldeia organizadas em torno de palestras de prevenção a doenças. Para descontrair o ambiente, ela pedia para que se tocasse algum violão (se tivesse), fazia brincadeiras, sorteio de alguma “coisinha”, para, segundo ela, “chamar a atenção deles”. Quando perguntei sobre o que eram as reuniões, não me dei conta de que ela já estava me dizendo algo muito mais importante, não sobre *o que*, mas *como* elas aconteciam. Com efeito, ela respondeu que “colocava a saúde no meio” e, basicamente, se falava sobre “as importâncias”. A importância das vacinas, a importância da higiene, a importância da alimentação, a importância de tomar a medicação. No entanto, parecia haver uma contradição evidente entre a descrição da convivência harmoniosa na aldeia e a retórica persistente da solidão. A solidão operava um valor da experiência na aldeia, isto é, ao valorizar especificamente o contexto do atendimento em locais “remotos”, a solidão tornava-se um elemento que qualificava a relação com os Munduruku como negação de simetria ou paridade.

*

Das diversas experiências vivenciadas na Casa de Saúde Indígena (CASAI) ao lado de Palmira, selecionei três situações de atendimento que nos permitem visualizar o momento em que essa categoria nativa da “busca ativa” era acionada e como esta forma de enquadramento da alteridade Munduruku gerava conflitos e desconfiança.

Eu estava tomando notas em meu caderno dentro da sala de atendimento quando vi entrar uma moça solicitando em português uma medicação específica com a qual estava se tratando havia alguns dias. Palmira se dirigiu automaticamente à bancada de ladrilhos brancos, pegou uma solução em xarope, mediu rapidamente a quantidade no contador e – como era a última dose do vidro, deu todo o conteúdo restante à mulher. Desconfiada, primeiramente, da dosagem, ela perguntou se não havia a mais do que deveria tomar. Palmira retornou a dosagem no contador e sobrou um pouco no vidro, mas justificou dizendo que aquela versão xarope era para criança, então não tinha

problema se ela tomasse um pouquinho a mais. Em seguida, a mulher observou que, de manhã, a outra enfermeira havia lhe dado um comprimido, e não xarope. Palmira afirmou que não havia mais comprimidos daquele medicamento. Então, a mulher apontou para a direção dos potes brancos de comprimidos e disse que estavam ali. Palmira virou-se, pegou o pote e verificou que havia comprimidos ali. Voltou-se para a moça e disse “Poxa, é mesmo. Como nunca tem, a gente nem procura mais”.

Por volta das 17hs, outra mulher entrou pedindo seu remédio. Palmira conferiu o prontuário e avisou que era para ter sido tomado às 14hs. A moça comentou que estava por ali todo o tempo. Palmira, então, afirmou que o prontuário indicava que ela estava em casa de parente e por isso, não a procurou no horário prescrito da medicação e disse que alguém devia ter anotado equivocadamente a informação de seu local de estadia. Palmira comunicou que seria melhor se ela ‘pulsasse’ a medicação daquele horário e tomasse a dose das 22hs apenas, já que eram 17hs e ela não poderia tomar a medicação num intervalo menor que 8 horas. A mulher olhou desconfiada e disse ironicamente “a enfermeira é que sabe né!” e saiu. Tempos depois, numa conversa entre Palmira e sua amiga Gilda, elas comentavam como esses erros nas anotações eram motivados pelas “andanças e sumiços” dos Munduruku que, a qualquer momento, iam ou saíam da casa de parentes ou voltavam para suas aldeias sem comunicá-las. Assim, se estabelecia uma relação com as técnicas de enfermagem na cidade em que a circulação dos Munduruku era elemento de controvérsia e acusação, construída através de um esforço permanente de fixação e imobilização dos mesmos. Esse “esforço” de imobilização dos Munduruku tem significados importantes à alegação da eficácia da política pública incorporada pelos profissionais de saúde de uma maneira geral. O condicionamento do sedentarismo populacional ao contexto do controle das doenças e da forma de produção das estatísticas, como as taxas de mortalidade, interferiam na organização sociopolítica de diversas sociedades indígenas na Amazônia em face da alegação de eficácia do Subsistema de Saúde Indígena, portanto.⁸⁹

Um pouco antes desse atendimento, acompanhei a chegada de uma emergência na CASAI. A enfermeira Sofia, responsável pelo Pólo-Base de onde vinha o paciente, estava trazendo de ambulância seu Célio, um senhor de 70 anos, para o hospital e passou na CASAI para que Palmira fizesse o registro do mesmo. Com pressa para seguir ao hospital, entramos na ambulância para que Palmira pudesse ir anotando as

⁸⁹Retomaremos esse ponto no capítulo 4, ao falar sobre o deslocamento constante dos pajés para realizar curas.

informações sobre seu Célio. Notei que o local estava muito quente e abafado, não havia ventilação de nenhuma espécie dentro da ambulância. Notei também que a enfermeira estava coberta de roupa dos pés a cabeça. Ela me contou posteriormente que trabalhava no DSEI havia dois anos⁹⁰. A descrição que ela fez do estado de saúde do senhor para mim foi a seguinte: ele estava com tuberculose, doía muito o peito, ele havia vomitado sangue antes de chegar, mas não queria vir para o hospital porque precisava de atendimento do pajé primeiro e tinha que ser um pajé de outra aldeia, que ficava próxima. Preocupada com seu Célio porque sua família não autorizava o atendimento hospitalar, ela pediu a intervenção do cacique⁹¹, que conseguiu convencê-los. A preocupação da família era que o pajé atendesse o senhor antes que ele recebesse qualquer medicação no hospital, como o soro, por exemplo. Assim que chegamos ao hospital, o senhor foi levado para uma sala de observação. Sua filha estava muito abalada e preocupada com o desenrolar dos acontecimentos em torno de seu pai. A enfermeira ficou um tempo conversando em particular com a Palmira e contava o sufoco que foi para “conseguir descer aquele paciente”. Ela já havia entrado em contato com o pajé que foi pedido pelos familiares. A informação era que ele estava chegando no mesmo dia. Mas a filha de Célio estava preocupada com a aplicação do soro. E Sofia disse que sabia por que: outro senhor da aldeia havia morrido dessa mesma forma. Fora atendido antes pela equipe do hospital e depois pelo pajé. Então, a filha de Célio achava que o mesmo aconteceria com seu pai. Como não havia médico de plantão naquele momento, Sofia deixou o paciente sob os cuidados do técnico de enfermagem e voltou para a aldeia, permanecendo a filha de Célio e sua neta como acompanhantes. O técnico procedia a um exame de ausculta do peito quando saí com Palmira de volta à CASAI. Cinco dias depois, reencontrei com Sofia na coordenação e ela me contou que o senhor Célio havia falecido. Sem mais explicações, ela agora estava tentando lidar com o fato de que o corpo estava sendo velado por parentes havia três dias. Ela falava do enorme risco de contaminação envolvido naquela proximidade com os bacilos da tuberculose,

⁹⁰ Não podia deixar de chamar atenção para esse aspecto da vestimenta, pois como será argumentado no capítulo próximo, as enfermeiras se diferenciavam pela forma de se vestir em aldeia. Enquanto as técnicas de enfermagem se diziam adaptadas à vida na aldeia e paravam de utilizar repelentes e roupas compridas como prova desse deslocamento de sentidos, essa atitude era persistente entre as enfermeiras que, continuamente, usavam meias, mangas compridas e calças para trabalhar, mesmo sob calor intenso, para evitar picadas do mosquito transmissor da malária.

⁹¹ A intervenção do cacique ou capitão da aldeia era a forma de mediação mais comum envolvendo conflitos entre profissionais de saúde e os Munduruku. Tal forma de mediação e o agente que se apresentava como mediador, o cacique, eram amplamente compartilhados por ambas as partes do conflito. Esse foco na posição de mediação ocupada pelos caciques será posteriormente tratado, no capítulo 4, quando problematizarmos a inserção do Agente Indígena de Saúde no seio da equipe de saúde.

mas ao mesmo tempo ria da situação e relatava o pânico em que se encontrava a técnica de enfermagem, que ainda estava na aldeia. Em meio a outras enfermeiras e à coordenadora, ela falava ironicamente: “chupa essa manga...”.

A retórica da responsabilização de outrem, sempre dando a entender que o problema começou antes ou em outro lugar – “anotaram errado”, “como nunca tem...” ou o uso constante de expressões irônicas na descrição dos conflitos em torno do atendimento – permitia que os profissionais de saúde analisassem as relações com os Munduruku a partir de uma conexão específica entre saúde e *modos* de vida, e na qual a passagem entre condições de vida e modo de vida, no caso dos povos indígenas, se daria no sentido de alavancar um repertório de motivos pelos quais o atendimento deveria ser diferenciado, pois, na prática, os Munduruku eram considerados incapazes de se proteger das doenças, de julgar riscos de contaminação, e até de manejar doses de medicamentos. A negação dessa paridade ensejava diversas situações em que os Munduruku explicitavam sentirem-se ofendidos, insultados e/ou desconsiderados. Assim, o que gostaria de pontuar na apresentação dessas situações etnográficas em torno de Palmira, e que também será a tônica das situações etnográficas II, seria o repertório de desconsideração do outro especialmente vinculado ao contexto em que esse outro era julgado como incapaz de exercer cuidados de si e de outros, fundamentais à constituição daquilo que seria mais caro à política de atenção básica: vincular saúde a comportamentos.

Situações etnográficas II. Emoções e relações de poder, *frames* e *footings*.⁹²

Gilda, 59 anos, nasceu no interior do Ceará, mas morava em Manaus quando recebeu o convite para trabalhar como auxiliar de enfermagem em 2003. Ela viria a fazer um curso técnico na mesma ocasião de sua colega de trabalho e amiga Palmira, em 2008. Mas sua trajetória como profissional da saúde também começou muito antes.

⁹² Em *Frame Analysis* (1974) Goffman utiliza o conceito de “enquadramento” (*frame*) para analisar a dinâmica das interações face a face. A proposta de compreender a experiência produzindo um estranhamento das marcações de tempos, pausas, através das quais a indexação de sentidos mobiliza e é mobilizado pelos sujeitos em interação, foi o ponto de partida para o posterior desenvolvimento do conceito de *footing* em *Forms of talk* (Goffman, 1981). Se Schutz (1979) contribuiu para a compreensão sobre as formas de atribuição de significado na vida cotidiana, Goffman reconhece uma multiplicidade de significados cujas formas de expressão são cruciais aos sujeitos sociais envolvidos. Assim, esse percurso teórico que vai da linguagem à ação e vice-versa possibilita descrições etnográficas cujas palavras (dito) gozam do mesmo estatuto dos movimentos, dos gestos e sons (feito). Nesse sentido é que os conceitos de *frame* e *footing* são utilizados aqui: como recursos de análise das situações de conflito, no qual o escrutínio do contexto de fala se revela importante para o aprofundamento do estudo das relações sociais.

Casou-se jovem em sua comunidade natal e iniciou aos vinte e cinco anos um trabalho voluntário como parteira. Ela conta que recebia, principalmente, as mulheres que não tinham condições de pagar consultas e, por isso, não costumavam fazer pré-natal. Ela organizava uma espécie de caixinha para que cada mês fosse depositado uma pequena quantia para a compra do enxoval do bebê e outras despesas relativas ao parto hospitalar quando necessário. Ao cabo de alguns anos, ela já havia montado em sua casa um quarto apenas para fazer partos. Por conta de desavenças com uma vereadora local, que a acusava de se aproveitar das pessoas pelos ganhos obtidos com o trabalho, sua experiência como parteira foi interrompida.

Sua vinda para Jacareacanga teve influência direta de uma irmã que já morava na cidade há alguns anos, onde havia montado uma lanchonete. Mas, trabalhando nas aldeias, ela ainda voltava frequentemente a Manaus, onde vivia sua família. Após três anos, Gilda foi transferida para a CASAI⁹³. Morando na cidade, ela montou um pequeno restaurante onde atendia várias famílias Munduruku e um círculo de colegas de trabalho como Palmira, Judite, Helena, entre outras. A única enfermeira que freqüentava o lugar era sua sobrinha que havia começado a trabalhar na CASAI em 2008 como enfermeira. Em sua narrativa, a motivação inicial para trabalhar com saúde indígena tinha a ver com seu desejo de conhecer os Munduruku pelos comentários que ouvia há anos sobre seus feitos de guerra no passado. No entanto, ela relatou que se decepcionou ao não conseguir reconhecer à primeira vista, essa alteridade radical na cidade, e perguntava a sua irmã: “Mas por que o pessoal diz que índio é tão diferente da gente, e não é?”.

Já em seu relato sobre a primeira entrada na aldeia, que se deu pelo esquema executado até 2006 na qual as técnicas de enfermagem permaneciam noventa dias na aldeia e obtinham quinze dias de folga, Gilda narra momentos marcantes da sua experiência. Como em todos os outros relatos que pude coletar, sua inserção foi quase imediata e voltada especificamente para o preenchimento de formulários. Assim, preparou-se na CASAI por uma semana para aprender a preparar o “consolidado”. Ao chegar à aldeia sozinha, os primeiros dias foram marcados em sua memória por uma demanda de trabalho muito acima do que poderia esperar. Segundo frisou, era como se todos, principalmente as crianças, estivessem doentes ao mesmo tempo. Ela solicitou ajuda do chefe de Posto da FUNAI para conseguir atender a todos. Mas não apenas esse

⁹³ Segundo Gilda, o motivo de sua transferência foi o fato de que ela não tinha tido problemas de relacionamento com os Munduruku e poderia trabalhar num local que recebia gente de todas as aldeias. Ela concordou efusivamente com a enfermeira na época, mas lamentou o fato de que, agora, não poderia mais tirar folgas e ir para casa freqüentemente. Foi quando ela se estabeleceu na cidade.

aspecto do excesso de trabalho lhe chamou atenção. Diferentemente do que havia observado na cidade, ela considerou algumas práticas corporais, sobretudo das mulheres, como hábitos especialmente “perigosos”. A relação próxima com animais, como macacos e cachorros, era “caso de saúde pública”. Apesar do estranhamento, ela julgou estar preparada porque não tinha nada a ver ou que se meter na “cultura do índio”, mas sentiu-se na obrigação de dar conselhos à mulher que amamentava um filhote de macaco, prevenindo-a de que o animal podia ter raiva, pois eles não eram vacinados, podiam transmitir doenças. Mesmo tendo ouvido seu conselho, a mulher não teria deixado de amamentá-lo, e por isso ela concluiu que não adiantava muito argumentar. Foi com satisfação que ela recebeu a notícia, pouco tempo depois, de que o pequeno macaco havia morrido.

Na narrativa de Gilda, o estranhamento relacionado a comportamentos inesperados era presente. O primeiro contato com os Munduruku na cidade parecia lhe mostrar que a relação entre o mesmo e o diferente era, talvez, uma generalização indevida. Ao chegar na aldeia, a diferença passou a significar uma distância em termos de discernimento, incorporada pelo exercício de um *habitus higienista*. O sentimento de estranheza e/ou nojo gerada pela relação entre o animal e a mulher se expressava moralmente através de um discurso justificado pelo risco da contaminação. Aqui temos, portanto, a explicitação da irredutibilidade da dimensão moral da higiene ao fato epidemiológico da transmissão de doenças, que não pode e nem deve ser descartado. Ao contrário, é para a articulação específica entre ambas as dimensões que pretendemos chamar atenção. Desse modo, meu objetivo não seria o de aferir se tais posicionamentos encontram ou não amparo na Biomedicina, mas compreender o ambiente no qual se inserem, se expressam e se atualizam.

As conversas com Gilda eram sempre experiências densas porque ela gostava de falar sobre a relação com os Munduruku, mapeando atitudes que considerava positivas e negativas. Seus comentários desvelavam uma esfera da relação muito pouco explorada em etnografias, em parte devido ao engajamento reflexivo histórico na disciplina em torno da construção de teorias “nativas” – no caso dos estudos etnológicos clássicos –, em parte porque nosso acúmulo de experiências de participação enquanto antropólogos nos conduz a pensar que essas pessoas necessitam urgentemente se tornar “sensíveis” ou educadas em relação às culturas indígenas para que possam atuar respeitosa e eficazmente nas interações ao longo dos processos de atendimento e tratamento (Buchillet, 1991; Gallois, 1991 e Langdon, 2004).

Gilda era uma das poucas profissionais que encontrei que se julgava a partir de um comportamento exemplar e, talvez por isso, me relatou dois episódios em que se sentiu agredida. No primeiro caso, era um domingo à tarde quando um homem Munduruku teria entrado na sala de atendimento da CASAI. Ela estava de costas, recolhendo fichas para distribuir a medicação de horário fixo. Quando ela se virou, percebeu que ele estava embriagado, o que a fez sentir receio. Em seguida percebeu que ele estava com uma pequena faca do tipo canivete numa das mãos, ligeiramente disfarçado. Gilda, então, ficou muito nervosa, mas sua atitude foi tentar disfarçar. Ela agarrou as fichas e comentou que era bom que ele tivesse aparecido porque em dia de domingo não tinha quase nenhum funcionário e ela estava precisando de ajuda para dar a medicação. Ao dizer isso, ela se encaminhou para a porta como se fosse cumprir o que dizia, e seguiu para a rua, foi até a casa da coordenadora local e contou o caso para ela. A coordenadora retrucou que não iria até lá porque tinha filhos para criar. Segundo Gilda, havia outro rapaz internado na CASAI que presenciou a cena e deve ter chamado a polícia. A única explicação possível, pois ela garantiu que não havia chamado. No dia seguinte, o homem apareceu novamente na CASAI e a acusou de ser falsa e covarde. Ela fingiu que não ouviu. Ele se aproximou, insistindo em suas acusações. Nesse momento, ela se ergueu e respondeu igualmente brava que ela iria imediatamente à delegacia para ouvir do próprio sargento se havia sido ela que o denunciara. E completou que não tinha o que temer, porque nada tinha feito e nada devia.

No segundo caso, temos uma situação diretamente relacionada ao que chamei de “usos diversificados da infraestrutura” da FUNASA. Na época em que se passa o caso, a CASAI dispunha de uma Kombi para levar pacientes até o hospital. No entanto, também havia uma picape que costumava ser usada para trazer pacientes⁹⁴ da beira do rio até a CASAI, já que no período de estiagem a beira do rio se afasta cerca de um quilômetro do centro da cidade. Gilda havia recebido ordens da enfermeira de separar as funções de cada meio de transporte: a Kombi, em pior estado, fazia as viagens ao hospital, enquanto a picape fazia as viagens até a beira do rio. Nesse ínterim, apareceu na CASAI um senhor Munduruku em busca de um transporte para buscar uns carotes (pequenos galões) de óleo diesel que estavam na beira do rio. Como a picape não estava lá, mas na casa de um dos motoristas, o senhor queria usar a Kombi, inclusive porque

⁹⁴ Optei pelo uso do termo paciente porque ele fala exclusivamente da perspectiva dos profissionais de saúde. Para os Munduruku, o transporte de pessoas doentes ganha um sentido ampliado porque não se trata de uma relação exclusiva da FUNASA com os doentes, mas como todos os Munduruku.

havia outro motorista de plantão para guiá-la. Ao recusar o pedido, o senhor, irritado, retrucou que o carro não era dela, o carro era “nosso”. Como ela respondeu que, ainda assim, a Kombi não agüentaria o peso, o senhor gritou para que ela calasse a boca. Gilda, diante da situação de raiva colocada, resolveu desconsiderar a atitude do senhor e não mais opinou. Ao ser abordada por outras colegas que alegavam que ela deveria ter continuado a discussão, Gilda preferiu optar pela evasão usando uma expressão particular “respondo não, minha filha. Quem ficou para dar coice foi burro, e eu não sou. Eu tinha mesmo é que me calar, porque *ele não ia entender nada* que eu estava falando para ele”.

Os dois casos sintetizam bastante bem a perspectiva de Gilda diante dos conflitos. A *desconsideração* das atitudes do outro se dava em razão de uma assimetria nas relações, na medida em que o discurso dos Munduruku era enquadrado (Goffman, 1974) em termos de uma incapacidade de entender o que estava em jogo, isto é, o que estava acontecendo. Era a própria compreensão de um “atendimento diferenciado” reconfigurada localmente que parecia estar sendo expresso: a desconsideração das atitudes descritas se dava em torno dessa apreensão “compreensiva” que reduz a possibilidade de interlocução a uma forma de relação tutelar. Justamente por conta dessa relação de poder, e que se construía também a partir de uma retórica da organização dos serviços de saúde, podemos entender como se constituía uma negação explícita da identidade⁹⁵.

A negação era construía no nível da experiência cotidiana através de um discurso comportamental sobre os povos indígenas que já existia antes da política de saúde, certamente, mas que veio a ser especialmente reforçado por esta, a partir do vínculo entre comportamento (demanda espontânea) e controle (busca ativa). Isto não significa dizer que o princípio de promoção à saúde seja um problema em si mesmo. Entretanto, tais princípios parecem engendrar mecanismos de institucionalização da cidadania (como a participação indígena nas instâncias de controle social) que não conseguem formular adequadamente a visibilidade do problema daqueles que se sentem insultados, principalmente quando se trata de minorias étnicas (Cardoso de Oliveira, 2004), isto é, quando o insulto se refere a sua identidade étnica. O manejo situacional das concepções que fundamentam a lógica de organização e hierarquização dos serviços de saúde não se

⁹⁵ Cardoso de Oliveira sugere que a falta de consideração pode ser interpretada como ausência da dádiva. Esta negação da dádiva significaria propriamente a recusa de reconhecimento e paridade, e não se confunde com a reciprocidade negativa, em que uma das partes é motivada por ganho utilitário. (Cardoso de Oliveira, 2004:4-5)

dissocia, portanto, da dimensão moral dos conflitos entre os profissionais de saúde e os Munduruku.

Assim, Gilda explica como que no primeiro caso de agressão, o homem em questão estava bêbado e no segundo, ela destaca o fato de que “ele não iria entender nada”, explicitamente desconsiderando a paridade dialógica (estatuto de dignidade) necessária ao reconhecimento da integridade moral dos sujeitos.

Por isso, ao analisar tais situações etnográficas, os enquadramentos em ação podem ser mais bem observados através das passagens entre *footings*⁹⁶ (Goffman, 1981). Durante a reprodução dos eventos, a retórica da fragilização do outro se dava ao mesmo tempo em que o medo e a desconfiança eram critérios explícitos de construção da relação. Isso permitia que Gilda destacasse que os próprios Munduruku sabiam o quanto ela era medrosa, pois “tinha medo de tudo: de onça, de cobra, tinha medo até deles mesmos”. A chave de leitura do conflito com os Munduruku era o caráter acusatório a partir do qual a alteridade era percebida. Nessa base de entendimento, a apreciação do outro como exótico/distante destituía sua legitimidade enquanto interlocutor e as mudanças de postura e tom de voz no ato do atendimento, como tenho buscado ressaltar nas descrições, operavam substancialmente essas mudanças de *footing*. Ao mesmo tempo, emergiam sentimentos múltiplos cujas oposições (medo e agressividade, confiança e desconfiança) são adjetivas às relações, nunca estando estes sentimentos reduzidos ao efêmero ou ao ‘estado subjetivo’, mas como elementos estruturantes da intersubjetividade⁹⁷ que orientam e organizam as relações de poder no cotidiano. Estes sentimentos pareciam ser responsáveis pela radical metamorfose do atendimento diferenciado como culturalmente sensível (dos textos normativos da saúde indígena) numa forma de tratamento que desconsidera o outro em razão da diferença.

Situações etnográficas III. A relação com os Munduruku em perspectiva: harmonia, imprevisto e amizade

Judite, nascida no interior do Maranhão e na faixa dos cinquenta anos, começou a trabalhar com povos indígenas em 2003. O primeiro dado importante a que Judite se

⁹⁶ O conceito de footing se baseia exatamente na passagem dos enquadres nas interações face a face. Segundo o autor: “A change in our footing is another way of talking about a change in our frame for events” (1981:128)

⁹⁷ Ver Gadamer (1992), cuja noção de intersubjetividade compreende a antecipação de pré-conceitos e a utiliza como substância da intencionalidade através da qual a análise se situa.

referiu quando pedi para me contar suas experiências na aldeia foi a quantidade de meses que permaneceu “em área” de uma só vez: três meses e meio⁹⁸. Em sua narrativa, no entanto, se destacam o gosto pelo trabalho na aldeia e a convivência com os Munduruku, exaltada em atividades “extra-Posto” (isto é, que não envolviam atendimento) realizadas cotidianamente. A mais apreciada por Judite eram pescarias no fim da tarde. A relação era preferencialmente descrita como divertida, tranquila e próxima. Assim, ela relata a ajuda que recebia da comunidade para realizar atividades de seu interesse como pequenas obras nas imediações do Posto, limpeza de troncos e galhos em locais de passagem do barco nos igarapés para permitir deslocamento mais rápido em casos de emergência. Essas atividades de iniciativa própria significavam o estabelecimento de uma relação de confiança, na qual as trocas amistosas eram o cenário a partir do qual se desenrolavam os eventos. Judite, que atribuía ao sentimento de amizade o aspecto fundamental para “não se complicar” diante de situações de conflito, pensava a prática do imprevisto como um valor que orientava as atitudes em torno dos cuidados de saúde e produzia, ao mesmo tempo, uma relação de confiança. A partir de seus relatos, começa a ficar mais claro que, na medida em que aumentava a disposição para improvisar, a forma da relação assumia contornos distintos ao da desconfiança apresentada por Palmira e Gilda.

Sem dúvida, Judite contribui para a reflexão das formas de relação entre profissionais de saúde e os povos indígenas pontuando um discurso que, em vez de valorizar estratégias de educação e convencimento da população sobre as importâncias do agir civilizado⁹⁹, acentua as práticas e temporalidades locais por meio da participação em atividades desempenhadas rotineiramente pelos Munduruku. Isso não a isentava de viver situações “difíceis”, principalmente as que envolviam os “usos diversificados da infraestrutura da FUNASA” nas aldeias como barco, motor e combustível. Entretanto, a ponderação sobre esses usos se dava através da filosofia do “assina aqui”, na qual a responsabilidade formal recaía sobre o indivíduo que assinou (similar ao que tem ocorrido em situações nas quais as pessoas se recusam a receber atendimento, mas não pude acompanhar nenhum caso específico sobre isso).

⁹⁸ Dizer esse dado era como um cartão de visitas, na qual se apresentava suas credenciais, seu recorde pessoal.

⁹⁹ Elias (1994) é um autor chave para a vinculação de práticas corporais à construção do ideal de pessoa civilizada, através de análise sistemática de documentos e manuais educativos cuja premissa baseava-se no aprendizado corporal de condutas.

A atitude que denominei de “extra-Posto” revela discrepância em relação à ocupação ostensiva com preenchimento de papéis e preparação de consolidados. Na prática diária, o registro minucioso do atendimento também englobava a prestação de contas sobre os usos do barco, do combustível, dos remédios, mas apenas em termos quantitativos. Esse quadro gerava uma contradição vivida pelas profissionais nas aldeias. A ‘grande responsabilidade’ assumida por essa parcela da EMSI, e pela qual eram cobradas sistematicamente, pode ser resumida na apresentação pontual do consolidado. O respeito às diferenças culturais, apesar de presente e valorizada nos textos oficiais e cartilhas educativas da saúde indígena, se tornavam elementos ficcionais no cotidiano por força de um critério interno à organização do DSEI, fundada numa lógica da prática (Bourdieu, 1995) burocrática, mas não compartilhada por todos. E nesse ponto, surgiam espaços de identificação entre as técnicas de enfermagem e os Munduruku, pois a relação com a burocracia não era tão próxima das primeiras e nem tinha o valor e a importância que possuíam para as enfermeiras. No entanto, jamais devemos esquecer que a escrita era essencialmente elemento distintivo do conflito, pois indexava um repertório de acusações através da qual a assimetria podia se estabelecer. Os Munduruku declaradamente preferiam profissionais menos preocupados com os papéis e mais preocupados com as pessoas. Para as técnicas de enfermagem, a produção escrita do consolidado era motivo de hostilidade com as enfermeiras, que podiam ordenar que cumprissem a tarefa, enquanto as técnicas nunca podiam cobrar o consolidado das enfermeiras.

Apesar do ato de escrever estar no cerne de conflitos e desentendimentos, a apresentação do material escrito era imprescindível para a legitimidade do trabalho desenvolvido pelas profissionais da enfermagem. Isso nos permite pensar também no tipo de conteúdo a ser registrado, pois havia na condução da política de saúde a construção da importância de um olhar epidemiológico sobre a realidade em detrimento da relação profissional de saúde-Munduruku e era precisamente nesse sentido que a escrita se transformava numa forma de poder. O conhecimento a ser registrado era associado unicamente a um nível de formação escolar que só as enfermeiras possuíam. Assim, os papéis considerados importantes eram aqueles que refletiam os números dos atendimentos, enquanto o livro de anotações¹⁰⁰ das técnicas de enfermagem era

¹⁰⁰ Assim como na CASAI havia um “livro de ocorrências”, o posto de saúde na aldeia tinha algo similar. Mas, sem haver necessidade de registrar a troca de plantão, o livro era um espaço de construção coletiva de relatos de eventos considerados importantes pelas técnicas e enfermeiras, que escreviam sobre

ignorado e não tinha nenhum desenvolvimento posterior no fluxo de informações do DSEI, nem era incorporado a nenhum consolidado. Havia, no entanto, um pequeno espaço para observações no consolidado, que deixava explícito ser um local para reclamações ou sugestões. Mas, os profissionais de saúde tendiam a ver aquilo como um despropósito, na medida em que as reclamações/sugestões feitas nunca eram atendidas ou discutidas com eles. O dentista com quem tive oportunidade de conviver nos dois períodos em que permaneci nas aldeias, dizia que já tinha até elaborado uma resposta padrão para esse espaço de observações: “o mesmo do mês anterior”. O “mesmo” que constava no consolidado eram sempre reclamações sobre a infraestrutura deficitária. Desse modo, penso que a questão do conflito entre profissionais de saúde e povos indígenas, quando considerado o universo das relações vividas na primeira instância de atendimento do subsistema que são as aldeias, não pode se reduzir à retórica da culpabilização individualizante sobre profissionais de saúde “mal informados” e “pouco sensíveis”.

O evento de buscar um pajé em outra aldeia para realizar curas era bastante comum entre os Munduruku. O trânsito de pessoas entre as aldeias em busca de orientações e consultas aos pajés era intensa e ininterrupta. Mas, sempre havia conflitos envolvendo o uso da estrutura da FUNASA para qualquer fim que pudesse ser considerado “outro”. Apesar de nunca ter presenciado conflitos ostensivos entre pajés e profissionais de saúde, os Agentes Indígenas de Saúde e os pilotos de voadeira, como eram conhecidos, costumavam intermediar esses contatos. Era nesse sentido que Judite apontava sua habilidade. Quando surgiam demandas crescentes em busca do pajé, ela tomava a iniciativa de reunir as pessoas numa voadeira que saía “carregada” de gente. Jamais se negava ou retrucava esses pedidos, ao contrário, fazia questão de afirmar sua boa vontade em agir de acordo com outros tipos de “demanda espontânea”. Enquanto duravam as consultas ao pajé, Judite aproveitava para visitar as pessoas, ocasião em que “tomava café, comia beiju e conversava”. A ênfase da narrativa nesses aspectos da convivência como conversar, comer junto, pescar, que chamei inicialmente de atividades “extra-Posto”, era peculiar da sua perspectiva sobre a relação como uma

reuniões, a busca por organizar os serviços e os problemas diários advindos desse processo. Situações consideradas problemáticas e divertidas estavam presentes. No período da pesquisa, esse livro era raramente usado. Mas, desde 2001 os registros de diversos profissionais de saúde da FUNASA foram mantidos. Este material deverá ser analisado posteriormente em outro lugar, já que sua utilização implicaria numa seleção e organização criteriosa dos casos em meio a uma profusão de registros que não foi possível compatibilizar com o volume de dados analisados para a presente tese.

questão de “jogo de cintura”, na qual as constantes e bem sucedidas trocas produziam uma relação de amizade e confiança.

Como seria de se esperar, sobre casos de agressão ou violência, Judite disse nunca ter tido esse tipo de problema, mas frisou que várias colegas já tiveram de sair da aldeia “acuada”. Através de uma “conversa aberta”, Judite garantia que “não se complicava”. Aos primeiros sinais de que não houve melhora num tratamento adotado, ela rapidamente começava a negociar com os Munduruku a possibilidade de ir para a cidade. Judite se diferenciava não pelo conteúdo da conversa em si, que sempre envolvia uma noção de risco epidemiológico¹⁰¹. Mas certamente se diferenciava pela habilidade de privilegiar o diálogo com os Munduruku como instância da tomada de decisão. Tanto que, ao relatar o caso de uma técnica “inapta”, dois exemplos de conteúdos aparentemente contraditórios se reuniram através da lógica do imprevisto que conferia uma posição social ao grupo das profissionais de saúde em aldeia, muitas vezes reutilizando o título de atenção diferenciada para seu próprio esquema de trabalho, como veremos nas situações etnográficas IV.

Certo dia na aldeia, Judite esperava uma técnica de enfermagem chegar para cumprir seu período de folgas. Ela sabia que a moça era novata, isto é, nunca havia trabalhado em aldeia antes, embora fosse técnica de enfermagem há mais tempo. Primeiro, ela se “assustou” com o fato de que a colega novata não sabia fazer sutura, e se pôs a ensiná-la com dois pedaços de pano improvisados. Ela explicou, antes de partir, que nessas situações de pequenos cortes não era recomendável requisitar da coordenação uma ida à cidade, pois a aldeia onde estavam era distante cerca de doze horas de voadeira e os Munduruku também preferiam assim, portanto, havia uma convergência de interesses. Quando Judite retornou das folgas soube que aquela técnica havia sido realocada para a sede local da administração. Intrigada, ela descobriu com outras colegas que havia ocorrido um episódio definitivo para seu afastamento das aldeias. Numa tarde, um menino com malária apresentava complicações e a família manifestou o desejo de ir ao hospital. Mas a técnica negou, considerando que o caso não era tão grave. Judite ponderou que talvez ela também não soubesse exatamente como

¹⁰¹ É conhecida a noção de risco como instrumental de análise da biomedicina. Os médicos e enfermeiros estão todo o tempo apontando comportamentos em torno do risco de contaminação e transmissão de doenças, os quais fazem parte de uma metodologia epidemiológica (Menéndez, 1998, Grimberg, 1998) que tem como pressuposto que a enfermidade é uma desordem biológica. A nossa referência para a análise do risco é aquela que desnaturaliza o risco e o trata, justamente, como uma noção, que tem nas suas relações com a noção de desordem, nos termos de Douglas (2002 [1966]), o ponto de inflexão a partir do qual o risco é socialmente construído como discurso legítimo da prevenção em saúde (Frankenberg, 1993).

tratar um paciente com malária, que necessitaria de especial atenção com hidratação e alimentação, e por isso ele tenha piorado a ponto de precisar ir para o hospital. Em alguns momentos, seria fundamental que a técnica soubesse suturar para não precisar retirar o paciente da aldeia, em outros momentos, o importante seria retirar o paciente da aldeia, já que havia sido um pedido expresso dos familiares. Na tensão formada em torno das idas ou não à cidade, as técnicas de enfermagem experientes e reconhecidas como Judite claramente apontavam que precisavam se situar nas interações além de orientações sobre o processo saúde-doença. Vale notar ainda que, em vez de se sentir “desobedecida”, como era o enfoque na narrativa de Gilda, Judite pontuava o conflito como um espaço de negociações. Nesse sentido, é importante frisar que o conceito de improviso aqui assume um caráter agregador e positivo na relação com os Munduruku, o que não invalida o improviso como efeito da desconsideração da paridade dialógica como visto nas situações etnográficas I e II. Afinal, o improviso refere-se a uma base comum que conecta as técnicas de enfermagem tanto na relação com as enfermeiras, consideradas suas chefas em termos administrativos, quanto com os Munduruku, cujas lideranças eram reconhecidas pelas técnicas de enfermagem a partir do poder de demissão. Isto não impedia que a questão do reconhecimento da alteridade, da diferença se colocasse em termos de sua legitimidade. A diversidade de elementos que compõe as formas de improviso entre todas as técnicas de enfermagem se refere ao elogio em torno das atitudes de “não se complicar” ou “ter jogo de cintura”. Em que pese a presença de comportamentos opostos em relação aos Munduruku, isto não elimina o caráter do improviso enquanto laço de afinidade que aproxima essas mulheres em termos de um grupo social.

Assim, Judite demonstrava preocupações específicas na relação com os Munduruku, por exemplo, no que concerne a sentimentos de nojo. Certa vez, quando uma senhora de quem era amiga lhe ofereceu um beiju que havia acabado de fazer, mas que estava embaixo do seu braço (axilas), Judite aceitou o presente e agradeceu, disfarçando o nojo que sentiu, e depois, longe das vistas da senhora, jogou o alimento para os cachorros em segredo. A técnica também se lembrava de quando, durante uma pescaria, um rapaz Munduruku que a acompanhava cortou o dedo ao colocar uma minhoca no anzol e, sem atentar para o fato de que havia sangue da minhoca em seu dedo, ele o levou a boca para limpar o próprio sangue misturado ao da minhoca. Aqui, claramente, a perspectiva de disfarçar ou de achar graça na diferença da forma de conceber as práticas corporais e o corpo pode nos indicar o reconhecimento de uma

interlocução, em uma dimensão diferente das situações etnográficas anteriores. Entretanto, é o *habitus higienista* que perpassa essa diversidade em torno da expressão ou não de um reconhecimento do outro enquanto interlocutor. Mesmo no caso em que a amizade era um sentimento comum para designar a relação, o nojo se interpõe como produtor de uma hierarquia que aparece impregnada nos corpos, mesmo quando a noção de risco ou perigo de contrair doenças não está em jogo.

Na narrativa de Judite as relações de amizade eram fundamentais para descrever suas experiências. Esse sentimento se manifestava através do compartilhar das comidas e bebidas oferecidas em cada casa que visitava, dos presentes que recebia em sua casa, como peixes e beijos e da participação nos cafés da manhã coletivos e nas festas, nas quais ela disse se divertir muito “tirando os velhinhos para dançar”. Havia uma intencionalidade direcionada ao compartilhar que, de nenhuma maneira, impunha qualquer artificialidade à expressão desses sentimentos (Mauss, 1981). Portanto, o aspecto que considerava mais interessante da vida na aldeia “era a convivência com eles”. Além disso, devemos considerar que às relações na aldeia se agregavam sentidos extensivos ao “papel de técnica”, pois havia uma ênfase no desempenho de atuações múltiplas como ser ao mesmo tempo “médico, enfermeira, técnica, psicólogo, tudo enquanto” e que do ponto de vista de Judite era um marcador que a diferenciava de colegas de trabalho que não atuavam na saúde indígena. A atitude que coroava essa lógica da prática na qual o imprevisto é fruto de uma habilidade, e não um estado de carência de recursos, era o ato de “dar satisfações” aos Munduruku sobre seu percurso, as idas e voltas, quando retornava. Em suas próprias palavras: “Antes de eu sair, eu falo: Olha, eu estou indo, vou tirar minhas folgas, não sei se ainda volto para cá. Se precisar de mim na outra aldeia, eu vou ter que ir... Porque eles precisam saber disso. Eles têm que ser informados. Até porque a gente trabalha para eles, né? Mas tem gente que entra, sai, não dá uma satisfação para eles. Aí eles não aprendem a confiar na gente por isso”.

Nesse sentido, o imprevisto se colocava como elemento integrante da relação de amizade, enquanto nos casos anteriores se colocava como produto de não reconhecimento, de desconfiança, de medo e do persistente sentimento de solidão na aldeia, que estava amplamente relacionado ao fato de ser deixada sozinha na aldeia pelas outras profissionais de saúde. O imprevisto, portanto, adquire um sentido negativo quando explicita a relação com outras profissionais de saúde, mas parecia adquirir um sentido positivo quando se dirigia ao Munduruku. Na perspectiva de Judite, “não se

complicar” estava relacionado a uma forma de relação com os Munduruku, disfarçando sentimentos de nojo, compartilhando gostos e experiências.

Situações etnográficas IV. Um olhar nativo sobre o uso do termo “diferenciado”.

Mirtes nasceu numa comunidade ribeirinha, no município de Santarém, na região do Baixo Rio Tapajós, às margens do Rio Arapiuns. Ela teria uns 25 anos na época em que convivemos. Seu pai, já falecido, cultivava no sítio da família plantas como juta, malva e curauá¹⁰² cujas fibras eram usadas para fazer corda e vender. As atividades de sustento da família também incluíam caça e pesca. Quando seu pai faleceu, a mãe teve que iniciar outros pequenos negócios junto com os filhos mais velhos, como criação de abelhas, galinha, além de plantação de laranja, pupunha e cupuaçu.

Caçula de uma família de sete irmãos, Mirtes decidiu que cursaria o ensino médio, mas para isso precisava sair de sua comunidade. Trabalhando numa casa de família, onde cuidava de um casal de idosos, ela conseguiu concluir os estudos em Santarém. Ao final do curso, ela foi morar com uma de suas irmãs que estava residindo na cidade, conseguiu estágio e trabalhos voluntários em Postos de Saúde, e iniciou o curso técnico em enfermagem com duração de um ano e meio na Fundação Esperança.

Em 2006 ela entregou seu currículo na mesma Fundação e foi contratada pelo convênio com o DSEI Tapajós. Sua experiência no ato da contratação merece um destaque pelas precauções e advertências que recebeu da coordenadora técnica da instituição: “Olha, tem uma vaga para Jacareacanga, é assim: tem bicho lá, tem isso, tem aquilo, você vai ficar na aldeia, você vai ficar sozinha... mas falou horrores mesmo. Eu vou jogar limpo contigo, você decide. Eu fiquei de cabeça baixa. Quando ela perguntou, eu disse sim, eu vou.” Ainda, no momento do exame admissional, Mirtes precisou realizar uma pequena cirurgia para retirar uma verruga das mãos que, segundo o médico, poderia infeccionar. Na consulta com o cirurgião, ao saber dos motivos da operação, o médico a chamou de “doída” por ir trabalhar em área indígena. Sem se mostrar abalada pelo comentário, ela pontuou que ele falou um “monte de coisas ridículas”, e respondeu dizendo que era sua vontade, seu primeiro emprego, não havia outro disponível e ela não acreditava nas coisas que ele havia descrito.

¹⁰² Curauá é uma planta amazônica, encontrada especialmente no Pará, cuja fibra é extremamente forte.

Em sua primeira entrada na aldeia, ela contou que costumava levar muito repelente e roupas grandes como camisas de manga, calças compridas e meias, mas agora estava acostumada, não precisava mais disso, “eu também nem uso.” Era como se a “necessidade” dessas atitudes estivesse associada significativamente ao processo de adaptação ao contexto de vida na aldeia, que se desconectava do olhar epidemiológico de contaminação pelo mosquito transmissor da malária, doença reconhecidamente endêmica na região. Mesmo assim, prevaleceu uma lógica que apontava para a centralidade do uso de tipos de roupa como meio de pensar a vida na aldeia em suas relações com os Munduruku, e não como marco de medida preventiva que imprime um olhar objetificado e externo sobre a realidade na aldeia.

Como as outras técnicas, ela teve uma adaptação ‘expressa’ para o trabalho, com duração de uma semana e que se concentrava em instruções sobre como preencher formulários e produzir o consolidado mensal. No entanto, sua primeira lembrança dessa época complicada de adaptação foi o apoio ativo que recebeu de um dos AISs, que “sabia tudo de consolidado, sabia cuidar das doenças e me ensinou muito mesmo.”

Entretanto, ao considerar a sua experiência de três anos como técnica de enfermagem no Subsistema de Saúde Indígena, Mirtes inferiu que o adjetivo “diferenciado” referia-se especificamente aos profissionais da saúde, e não aos usuários. Assim, ela destacou como foi difícil em sua primeira entrada ver partir uma colega de trabalho que a estava ajudando:

“depois que ela saiu foi difícil lidar com a medicação. Mas, com o tempo, fui aprendendo. Porque o nosso trabalho já não é esse né... medicar, tudo. Mas como é uma necessidade. *Por isso que diz assim: saúde do índio diferenciada. Porque nós trabalhamos assim, nós mesmos avaliamos o paciente, se der para cuidar cuida, senão...*”

Outros elementos que davam sentido ao uso do termo atendimento “diferenciado” incluíam fazer sutura, prestar consultas e prescrever medicação.

Mirtes relatou, ainda, dois casos de emergência que atendeu na aldeia sozinha e que podem nos ajudar a compreender como o imprevisto também se manifesta num contexto em que a relação com os Munduruku é considerada amistosa pela técnica de enfermagem. No primeiro caso, um rapaz sofrera um acidente com fogos de artifício e possuía graves queimaduras pelo corpo. Eram 21hs e ela estava sem voadeira, sem gasolina e sem ajuda pelo rádio. Buscando se tranquilizar, ela foi vagorosamente

retirando estilhaços e limpando os ferimentos durante mais de quatro horas. No segundo caso, ela relatou a primeira vez em que teve que fazer uma sutura. Como só havia feito na perna de um boi morto, e como “boi não grita”, ela não sabia o que fazer. Todavia, recordou que uma colega que trabalhava numa aldeia próxima tinha avisado pelo rádio que estaria voltando para a cidade naquele dia porque estava com malária e passava muito mal. Ela, então, pediu pelo rádio que a colega parasse no caminho para ajudá-la. Tanto o rapaz quanto o menino atendido ficaram curados e não precisaram buscar tratamento no hospital. Essas lembranças eram qualificadas como experiências de superação pessoal e, ao mesmo tempo, marcavam o discurso desse grupo de mulheres que trabalhavam nas aldeias.

Essas situações compartilhavam um elemento crucial na relação com os Munduruku: o improviso era também um dado das relações no interior do grupo de profissionais da enfermagem. Assim, Mirtes poderia ter negado o atendimento, ter dito que não sabia fazer, que nunca tinha feito ou que precisaria de ajuda (como precisou), ou ainda que ao técnico de enfermagem esse trabalho não seria permitido, o que sempre era lembrado por elas¹⁰³. Mas, notemos que ao pedir para me descrever *casos marcantes*, que era a expressão que eu utilizava nessas ocasiões de entrevistas e relatos, ela nos apresenta um caso que nos conduz diretamente a um tipo de experiência vivida por todas as suas colegas, amplamente compartilhada. Isto é, havia algo além e mais importante em jogo, uma vez que essas experiências eram regidas por uma temporalidade particular por serem as primeiras e que instauram um novo estatuto a essas profissionais. A primeira vez na aldeia, a primeira vez em que fez sutura, a primeira vez em que medicou alguém. Ancoradas na posse do tempo emergencial, esse conjunto de experiências alavancava as técnicas a uma nova condição e pertença a um grupo “diferenciado”: profissionais de saúde que trabalham na saúde indígena. Assim, o

¹⁰³ O decreto nº 94.406 de 1987 regulamentou a lei nº 7.498/86 sobre o exercício profissional da enfermagem na qual o técnico de enfermagem aparece em atividades exclusivamente auxiliares e atrelado ao enfermeiro, devendo o primeiro assessorar o segundo nas seguintes atividades: a) planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem; b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave; c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica; d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar; e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; f) na execução dos programas referidos nas letras “i” e “o” do item II do Art. 8º. Os itens “i” e “o” tratam de programas de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco e programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho. Por fim, cabe ao técnico de enfermagem “executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto”. As atividades privativas do enfermeiro são vinculadas ao exercício de chefia das atividades já mencionadas. O Art. 9º trata da enfermagem obstétrica.

tratamento diferenciado nada tinha a ver com o fato dos pacientes serem culturalmente diferenciados e, por tal distinção, merecerem uma abordagem físico-moral adequada a sua especificidade.

Entre seus planos para o futuro, figuravam um curso de graduação em enfermagem e a perspectiva de voltar para as aldeias nessa nova condição ou, ainda, voltar para sua comunidade e trabalhar no Posto de Saúde recém-inaugurado. Suas motivações eram compostas tanto pelo “sonho de trabalhar lá com meu povo mesmo”, como o de ampliar sua formação escolar através de um curso universitário. Mas dentre essas razões, Mirtes sugeria uma imediatamente interna ao que considerava ser o maior problema do seu segmento profissional, que era a desvalorização do trabalho: “parece que a gente não existe.”¹⁰⁴ A experiência nas aldeias, por outro lado, enriquecia seu currículo no campo da saúde pública, porque “era possível ver realmente o que aquela pessoa ou família estaria precisando porque se está junto ali, todo dia, acompanhando todo mês”.

Dos casos de conflito mais grave que podia se lembrar, deu como exemplo a demissão de uma colega, feita através de um documento formal encaminhado pelo cacique da aldeia à coordenação local. Segundo Mirtes, o caso se configurou como grave por dois motivos: primeiro, a técnica em questão havia saído de folga deixando um menino doente para trás, sem prover a continuidade de seu tratamento e que coincidiu com um período em que o Posto de Saúde ficou “descoberto”, sem ninguém que pudesse substituí-la. Assim, quando a aldeia estava sem profissionais de saúde, o menino piorou e teve que ser levado às pressas para o hospital. Considerado um episódio grave de desconsideração da técnica, os Munduruku disseminaram pelo rádio a notícia e a excluíram, com essa atitude, do trabalho nas aldeias. O rádio, que também servia como comunicação entre o grupo de profissionais da enfermagem, guardava essa dupla circulação: comunicava os Munduruku e as técnicas de enfermagem entre si. Vale notar, ainda, que o advento de aldeias “descobertas” era constantemente atribuído à insuficiência de pessoal entre os profissionais de saúde da FUNASA, mas no contexto da “ponta” da saúde indígena essa falta estrutural era revertida numa atitude de desconsideração ao outro nas interações face a face. Por isso, na relação com os

¹⁰⁴ Dos 700 reais que recebia, Mirtes utilizava quase a metade apenas para se manter no emprego, tendo em vista que precisava pagar seu deslocamento de Itaituba até Santarém, trecho não coberto pelo convênio contratante, comprar as provisões para se alimentar na aldeia e ainda dividir o aluguel de um quarto na cidade de Jacareacanga enquanto aguardava transporte. A afirmação de sua invisibilidade podia ser dramaticamente percebida através da soma de despesas que o próprio trabalho incluía.

Munduruku, esse problema dificilmente poderia servir como justificativa para qualquer atitude classificada como desconsideração. Assim, o grupo das técnicas se constituía como “diferenciado” em torno de suas próprias vulnerabilidades tanto em relação às enfermeiras e coordenadores locais quanto em relação aos Munduruku.

Situações etnográficas V. Considerações sobre o cotidiano do atendimento de uma “novata”

Tenho buscado construir o argumento de que o improvisado conformaria um domínio da temporalidade vivido nos espaços de atendimento (aldeia e Casa de Saúde Indígena) da atenção básica na saúde indígena pelas técnicas de enfermagem. O improvisado enquanto uma lógica da prática funde-se, nesse contexto, a um *habitus higienista*, cuja principal característica foi ter se constituído num processo de larga profundidade temporal na sociedade brasileira, com referências ao próprio movimento sanitário e a repercussão desse projeto nas políticas governamentais (Hochman 2006, Lima & Hochman, 2000; Pires-Alves, Paiva & Hochman, 2008). A partir desse campo mais amplo, se incorporam práticas, gostos e modos socializados ao longo de uma vida dentro de um sub-campo profissional. No caso das técnicas de enfermagem, o *habitus higienista* era parte de suas formações, mas o improvisado se conformava como qualidade inserida em torno de um capital simbólico construído a partir da relação entre os profissionais que pertenciam à saúde indígena. Esse é o argumento que pretendo desenvolver a partir do caso de uma “novata” cuja avaliação sobre sua incapacidade de improvisar e, portanto, de ser uma técnica de enfermagem da saúde indígena, partia de seus pares profissionais.

O que passo a descrever é um conjunto de motivos e situações através da qual Helena não conseguira compartilhar dessa identidade “diferenciada” com suas colegas. Ela não conseguira transcender a categoria de novata, denominação ambígua que facilmente era enquadrada como atribuição pejorativa.

A qualidade do improvisado seria a prática e habilidade de “se virar” ou “não se complicar” mediante impasses ou demandas colocadas pelos Munduruku, mesmo quebrando procedimentos regulados pelas enfermeiras. Esses impasses podiam ser de vários tipos, e comumente podiam designar em situações opostas. Situações em que a família de um doente queria ir ao hospital, situações em que não queria, pedidos de remédios excessivos ou ausência predominante no horário de buscar as medicações.

Não quero dizer com isso que não havia qualquer tipicidade nas demandas elaboradas pelos Munduruku, pois é claro que havia. Apenas, gostaria de destacar que isso não seria suficiente para compreender a complexidade em torno do significado do “atendimento diferenciado” para estas profissionais de saúde. Pois, além das demandas dos Munduruku, existiam orientações das enfermeiras, consideradas suas chefes dentro da organização do DSEI e na própria legislação que regulamenta o exercício das “profissões de enfermagem” (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteiras), como destaquei na nota de rodapé 103.

Quando conheci Helena, no final de outubro de 2008, eu já estava na aldeia há várias semanas. Já havia conhecido também Palmira, Gilda e Judite, colegas mais próximas do seu círculo social, pois a faixa etária era elemento diacrítico da formação dos grupos de convivência entre os profissionais de saúde na cidade. Assim, eu ouvia comentários de que ela era esforçada, mas não o suficiente para manter-se nas aldeias.

Sua chegada na aldeia Grande foi agenciada pela enfermeira Malu que estava sozinha no Posto de Saúde durante a última semana, desde que as duas técnicas de enfermagem anteriores saíram de folga ao mesmo tempo. Irritada, ela entrou em contato com a coordenação e exigiu que uma técnica viesse ajudá-la. Assim que chegou na aldeia, ouvi a enfermeira dizer que ela não sabia fazer nada. Mas não podia imaginar o que viria a seguir. Durante as duas semanas seguintes, a relação entre as duas só piorava. Malu estava indignada porque Helena não sabia as doses das medicações para crianças, trocava remédios e, além de tudo, não tinha higiene. Essa crítica era construída especialmente em torno dos trabalhos domésticos implicados no convívio da casa anexa ao Posto de Saúde. Helena, que já conhecia a fama de arrogante da enfermeira, tentava a todo custo mediar a relação através da ajuda do Agente Indígena de Saúde, Mino, no tocante aos atendimentos, mas ela ficava completamente sem saída diante das acusações de não ter asseio, não ter higiene. Assim, durante todo o tempo, elas trocavam acusações nesse sentido (as acusações eram “trocadas” em conversas comigo e com o grupo de quatro professoras que ensinavam geografia, história, português e ciências na escola de ensino fundamental na aldeia). Malu considerava que a manutenção da casa era uma extensão do atendimento na aldeia, já que “dar o exemplo” era absolutamente indispensável para que se pudesse cobrar dos Munduruku uma conduta semelhante. Então, toda e qualquer decisão sua em torno da frequência com que se limpava a casa era enquadrada como uma medida de promoção à saúde. Helena achava que isto era um absurdo, pois dedicar-se ao serviço doméstico uma vez por semana era, a seu ver,

suficiente para manter os cômodos da casa regularmente limpos. Helena, no entanto, começava a tecer comparações com seu trabalho na outra aldeia e afirmava, em sua defesa, que não sabia colher lâminas para exame de malária, nem registrar peso das crianças no gráfico das carteiras de saúde porque eram “serviços de AIS”, e só ali havia essa “frescura”.

Além disso, naquela época, a casa do Posto estava servindo como entreposto para diversos profissionais relacionados à construção das instalações de água e saneamento na aldeia em decorrência do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal que contemplaria obras prioritárias em comunidades com mais de quinhentos habitantes. No caso da aldeia, as instalações sanitárias já existiam há mais de uma década por iniciativa de ações do município, mas nunca haviam sido usadas por falta de uma bomba que puxasse a água e da construção de um pequeno reservatório. Assim todas as casas possuíam uma torneira intocada, além de cerca de cinco banheiros com chuveiros instalados nos arredores da aldeia e a casa do Posto de Saúde possuía instalações de vaso sanitário, chuveiro e pia de cozinha sem abastecimento de água. O trabalho desses profissionais era, portanto, restaurar trechos do encanamento que já apresentava problemas a essa altura, fazer o reservatório e instalar uma bomba d’água capaz de abastecer toda a aldeia. Nesse contexto, os homens responsáveis pelo trabalho costumavam entrar e sair o dia todo, deixando o chão da casa pisoteado e enegrecido de terra. Por outro lado, Malu de nenhum modo se indispunha com os agentes da obra e seu chefe, um ex-agente de endemias da ex-SUCAM que agora coordenava as ações de saneamento da FUNASA no Alto Tapajós. Em consideração ao amigo de longa data, Malu rapidamente providenciou com Helena que cozinhasse para o grupo, mas não conseguiu impedir que a casa ficasse suja. Esse foi o cenário fundamental dos conflitos.

Helena, como já disse, possuía experiência de trabalho em hospitais, inclusive no hospital municipal da cidade, mas nunca havia trabalhado nas aldeias. Em junho de 2008 ela foi contratada e, antes de chegar à Grande, havia passado dois meses numa aldeia do rio Cururu. Como lá trabalhava em meio a um contingente grande de Agentes Indígenas de Saúde, seu trabalho ficava mais vinculado à produção do consolidado. Na aldeia em que estávamos, havia dois agentes que se alternavam para atender mais de cento e cinquenta famílias. Mas não era apenas isso. Por alguma razão que eu não conseguia entender muito bem a princípio, Helena aparentava um nervosismo extremo em todas as situações de atendimento e ela vivia preocupada que os Munduruku “só

procuravam o Posto “quando estavam muito mal”. Apesar de outras técnicas dizerem o mesmo, quando elas julgavam que um paciente estava muito mal, imediatamente acionavam a coordenação pelo rádio ou pediam ao piloto da voadeira para preparar o barco, acionavam as lideranças, os AISs. Helena se afligia ao ter que tomar essas decisões.

De emergências e improvisos: um caso infeliz

Numa noite em que estávamos sozinhas no Posto e Malu havia ido à cidade para terminar o consolidado que já estava muito atrasado, apareceu Martina, uma jovem mãe com seu filho, Eduardo, de três anos. Eduardo era uma criança conhecida no Posto de Saúde por causa de constantes problemas respiratórios. A enfermeira havia dito que ele sofria de asma e apenas broncodilatadores como Sulfato de Salbutamol ou Bromidrato de Fenoterol resolviam seu problema. Mas, naquele momento, Helena não sabia dessa informação e nem eu, que só pude ouvir a enfermeira dar esse diagnóstico posteriormente. Eduardo apresentava febre de 39 °C e ofegava muito. Ela se preocupou com a altura da febre e resolveu dar-lhe ela mesma um banho. O menino tinha marcas de cinzas na testa, barriga e nas pernas. Helena achou que estava sujo e isso a incentivou a dar o banho. Depois disso, a mãe já ia embora com seu filho, mas Helena queria baixar sua febre com compressas frias. Ela mediu a temperatura poucos minutos depois e o resultado não mudara muito. Perguntou se eu sabia onde Mino morava, ela queria achar um remédio e não sabia onde estava a “cortisona de 100mg”. Ela não explicou porque tinha que ser esse remédio. Pouco tempo depois, o Mino apareceu e informou que cortisona não fazia parte dos medicamentos enviados para o Posto de Saúde. Inconformada, ela esbravejou: “É por isso que eu gosto de trazer minhas coisas, está vendo?!” Essas suas coisas, como ela me explicou posteriormente, eram remédios que a farmácia do Posto não possuía ou que estavam em falta, mas que ela conseguia através de um contato pessoal no hospital municipal. Ela completou seu raciocínio: “ficar aqui com esses meninos sem remédio? Deus me livre!”. Além de cortisona, ela costumava levar por conta própria antibióticos como amoxicilina e azitromicina, com medo de que pudessem faltar.

Com o AIS Mino, chegou também o Nestor, que era piloto de voadeira, e foi avisado no caminho pelo AIS para ficar a postos caso fosse preciso usar o barco. Os três foram juntos telefonar para a CASAI. Fiquei sozinha com Martina e Eduardo. Helena

me pediu que continuasse com as compressas na sua testa. Eduardo ainda estava ofegante e febril. Ao retornar, Helena o colocou sentado e continuou com as compressas. Ela já havia lhe aplicado três doses de sulfato de salbutamol *spray*, uma dose de amoxicilina, de paracetamol e de dipirona sódica. Enquanto isso, ela repetia para a mãe: “você borrifa isso aqui (o *spray*) a cada uma ou duas horas se ele piorar”. Mas, a moça não entendia. Ela, então, pediu para Mino traduzir, mas estava tão nervosa que falava ao mesmo tempo em que ele, fazendo uma confusão terrível de sons. Finalmente a febre cedeu e o menino parou de ofegar. O pai da criança apareceu nesse momento para saber o que havia de errado. Depois que se foram, Helena agradeceu Mino pela ajuda, e todos se recolheram. Mas ela continuava tensa e de repente se recordou das marcas de cinzas e percebeu que haviam sido feitas pelo pajé, não era sujeira. Ela ficou com receio de que eles achassem ruim sua atitude de ter limpado e dizia com os olhos arregalados: “E eu lavei tudo! Ainda bem que ela (a jovem mãe) não fala a minha língua...”

Cinco dias depois, a enfermeira ainda não havia retornado para a aldeia. Por volta de 20hs, um Agente Indígena de Saúde de uma pequena aldeia, pertencente àquele Pólo-Base, chegou ao Posto esbaforido e atropelando as palavras. Ele contou para Helena que havia uma mulher em trabalho de parto no barco em que vieram e ela estava com problemas para parir porque “um dos bracinhos da criança estava de fora”, mas o bebê não nascia. Como o barco era movido por um motor tipo rabeta, ele veio em busca do motor 40HP para chegar à cidade mais rapidamente. No entanto, o motor estava sendo usado para buscar algumas pessoas que participariam do Conselho Distrital de Saúde Indígena que teria a aldeia como sede nos próximos dias. Helena ficou novamente nervosa, perguntou onde estava o prontuário da mulher, mas ninguém sabia. Pediu, então, que fossem chamar Mino para ajudá-la. Ao chegar, ele disse que a mulher nunca havia feito consulta ou pré-natal e por isso não havia prontuário em seu nome. Helena decidiu ir até a beira do rio verificar as condições gerais da mulher, já que a mesma não podia se mexer muito e, menos ainda, subir a encosta onde estava localizada a aldeia e o Posto de Saúde. Deixou recomendações com Mino de que fosse preenchendo o formulário de referencia sem se esquecer de nenhum detalhe para que ela não fosse cobrada por isso depois. Ou seja, em nenhum momento se perde a perspectiva da relação com as enfermeiras que costumeiramente responsabilizavam às técnicas de enfermagem por documentos de registro incompletos. Ao chegarmos lá, não havia qualquer lanterna e Helena ficou apavorada de atendê-la na escuridão e mal conseguia

atar o aparelho de medir a pressão arterial no braço da mulher. O marido estava completamente irritado pela falta da embarcação e reclamava que sua mulher estava com severas dores. Notei que a mulher grávida manteve-se todo o tempo calada e sentada, com uma postura corporal ereta e imóvel, a cabeça ligeiramente abaixada e apoiava uma das mãos na região baixa do ventre. Helena constatou, tropeçando nas próprias palavras, que a pressão não estava alta, mas precisava urgentemente buscar um pano para protegê-la da contaminação por estar sentada nos bancos sujos da embarcação. Ao voltarmos, Helena percebeu tardiamente que não adiantava mais pano nenhum porque a contaminação já tinha ocorrido de qualquer maneira e isso a deixou ainda mais nervosa. Após dez minutos, o barco com motor 40HP chegou e eles foram levados até a cidade. Dias depois, Malu se defendia do falecimento do bebê dizendo que já havia avisado aos pais da criança que o mesmo se encontrava numa posição atravessada no ventre e que, desse modo, seria impossível ter um parto normal. Segundo suas informações, o pai reconheceu que tinha sido avisado, mas que eles eram pais de outros cinco filhos e nada de errado havia acontecido antes.

Nas duas situações, Helena não foi julgada publicamente pelos Munduruku como culpada pelo ocorrido nos meses que se seguiram. Mas era visível e confesso o seu medo de que isso pudesse acontecer durante o atendimento. Por outro lado, impressionava a preocupação ostensiva com o formulário de referência e com a ideia de contaminação no último caso e do arrependimento de não ter “seus próprios remédios”, no primeiro. Foram, enfim, os recursos de que dispôs para mediar as duas situações de emergência.

Como as notícias não demoravam a circular, no dia seguinte a enfermeira Malu estava de volta à aldeia. Em seu primeiro diálogo com Helena nada foi mencionado sobre as emergências que esta atendera. Em vez disso, Malu a acusou de que a casa “estava imunda”, e a agrediu verbalmente a chamando de “porca”¹⁰⁵. Helena demonstrou tremendo incômodo, mas manteve-se calada. Nesse dia, eu estava absorvida assistindo ao primeiro dia de reunião do Conselho Distrital e não fiquei em volta do Posto, como de costume. Ao fim da tarde, quando cheguei à casa do Posto, Helena estava aos prantos arrumando sua mala para ir embora. Eu perguntei o que havia acontecido e ela explicou que não suportaria mais as humilhações que vinha sofrendo

¹⁰⁵ Aqui vale a pena destacar que a acusação referente à higiene pessoal tinha o duplo vínculo de desautorizá-la moral e profissionalmente. Assim, esse insulto era particularmente vivido entre os profissionais de saúde como acusação de incompetência.

por causa da enfermeira e que havia ligado para a coordenação relatando o episódio. Por conta disso, as duas brigaram seriamente. Malu a acusava de ser burra, incompetente e porca, enquanto Helena a acusava de ser arrogante e alcoólatra. As duas foram chamadas à coordenação no dia seguinte. Malu manteve seu posto na aldeia e Helena foi transferida para outro Pólo-Base.

Nos meses que se seguiram, quando retornei para a segunda etapa de campo em abril de 2009, reencontrei Helena em duas oportunidades que novamente me colocavam diante da situação de maus tratos que ela sofria, mas dessa vez, partindo de outras enfermeiras. Ela continuava trabalhando no mesmo Pólo-Base para onde havia sido transferida na ocasião em que brigou com Malu. Na primeira vez, eu estava na sala de atendimento da CASAI acompanhando um plantão de dona Gilda. A sala de atendimento estava cheia e Helena havia trazido um rapaz da aldeia com o rosto bastante inchado por causa de uma dor de dente. Coralina, a enfermeira-chefe e sobrinha de Gilda, perguntou imediatamente ao ver o rosto do rapaz: “você não deu Cefalexina? Não sabe, não?” Helena prontamente respondeu que havia dado azitromicina dose única. Coralina esbravejou: “não adianta nada! Tem que ser Cefalexina, Paracetamol e Diclofenaco para a dor e desinchar.”

Por coincidência, nos reencontramos quinze dias depois, dessa vez na sala da coordenação local. Eu estava buscando informações mais precisas sobre a chegada da nova enfermeira que seria enviada a aldeia Grande, porque Malu fora transferida em janeiro para uma aldeia no rio Cururu. Foi quando entrou Helena. Ela foi recebida por Suzana através de um questionamento imediato e sem ‘bom dia’: a enfermeira queria saber o que a havia trazido até a cidade e porque não estava na aldeia. Helena explicou, gaguejando e alternando o volume de voz descontroladamente, que foi recomendação da enfermeira do Pólo que, antes de sair de folga, pediu que se levassem alguns pacientes para exames no hospital. Suzana argumentou que isso estava errado, pois quem tinha que acompanhar os pacientes nesse caso era o Agente Indígena de Saúde e não a técnica de enfermagem. Helena retrucou, ironicamente, se não era para obedecer às ordens da outra enfermeira. A conversa entre elas prosseguiu e Helena questionou se não haveria dipirona sódica e alguns outros remédios disponíveis ali, porque o estoque na aldeia havia terminado. Suzana, nesse momento, virou-se cerimoniosamente – visto que ela costumava atender as pessoas enquanto usava o computador – na direção de Helena, olhou-a fixamente e com uma voz alta e autoritária, respondeu com o dedo em riste: “Olha, Helena, se você for de novo ao hospital pedir remédio – porque eu sei que a

senhora já esteve lá – eu vou demiti-la! Porque depois a secretária municipal vem em cima de mim!” Helena, sem mais argumentos, pediu desculpas e se retirou.

Esse parecia ser, enfim, não exatamente o problema de Helena, mas era um problema *com* Helena: sempre tachada como incompetente, e o pior, seus argumentos ou a falta deles falhavam, não no teor de verdade que continham, mas certamente em sua felicidade porque nunca eram considerados adequados. As demandas em torno das técnicas de enfermagem, como revela dramaticamente o caso de Helena, diziam respeito a um conhecimento biomédico para o qual elas não foram preparadas e que, no entanto, formavam a base material das acusações. Porém, Helena estava longe de ser a única que não dominava esse extenso repertório de uso dos medicamentos, mas era a única a ser cobrada por isso de forma ostensiva. Era precisamente porque ela falhava na habilidade de improvisar que era considerada inapta, e não pela falta de conhecimentos de enfermagem. O fato de ser novata, obviamente, contribuía para essa análise. Era visível entre as técnicas de enfermagem com quem convivi que o tempo apreendido nas aldeias colaborava para a ampliação de conhecimentos nunca antes acessíveis no contexto de trabalho em hospital, quando há supervisores todo o tempo para oferecer e controlar a distribuição das informações.

A meu ver, era a exposição indevida das manobras de improviso que encerrava Helena num perfil inadaptável. Ao tornar explícito seus atos às enfermeiras e às outras técnicas de enfermagem – como, por exemplo, o remédio que administrou em determinada ocasião, o fato de que buscava remédios no hospital, o nervosismo ao tentar resolver problemas a partir de seu próprio julgamento – Helena constrangia tanto as técnicas de enfermagem como as enfermeiras. As técnicas viam reduzido seu capital em torno do improviso, pois essas informações sobre “sufocos” eram controladas, havia um momento e um lugar em que elas podiam ser trazidas à tona. Nas rodas de conversa das técnicas de enfermagem na cidade, era este referencial que as distinguia das profissionais de saúde do ambiente hospitalar. E as enfermeiras legitimavam essas distinções ao apontar peremptoriamente para a falta de competência, para a “burrice” de Helena. Aqui, podemos sugerir que a própria circulação de informações sobre os elementos-chave que compõe o atendimento são parte de um repertório local que descreve relações de poder entre os profissionais que compõe a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, devendo tais arranjos serem concebidos como parte do debate sobre

a produção de uma tecnologia de informação eficaz¹⁰⁶. Isto é, seria preciso reconhecer o valor social dessas informações para os profissionais de saúde enquanto sujeitos posicionados num circuito de relações locais que interferem diretamente na forma de coleta e registro das informações¹⁰⁷.

Como profissional “novata”, Helena era a que mais detidamente falava sobre os “perigos” envolvidos no atendimento aos índios. Ela considerava que eles, “os índios”, não se importavam com seu bem-estar, no sentido de que “os índios não podiam morrer – branco sim – mas índio não!”. Relembrando de um acidente de barco alguns anos antes, no qual um chefe de Posto da FUNAI morrera afogado, Helena apontava que esse era um caso no qual se podia inferir o perigo da convivência: todos os outros presentes no acidente conseguiram se salvar, menos o chefe de Posto, que desapareceu nas águas depois que a embarcação virou. Sem querer entrar nos pormenores desse caso, o dilema de Helena já nos parece evidente: a desconfiança partia do pressuposto de um risco inerente, pensado e sentido, em relação à alteridade radical e imponderável. Eu já observara, entre as técnicas de enfermagem na cidade, muitos rumores que acentuavam esse caráter perigoso do trabalho nas aldeias, entre “os índios”, e que nada tinha a ver com a insalubridade ou periculosidade relacionada ao contágio de doenças.

Ao ficar sozinha na aldeia, quando a enfermeira foi à cidade finalizar o consolidado do mês, Helena comentou que nunca dava sorte, da outra vez ela também fora deixada sozinha. Nessa situação, ela se lembrou de um episódio no qual uma grávida teve uma pré-eclampsia que não foi prevista pela técnica anterior que “não havia ligado muito” para o caso. A colega de trabalho acabou sendo considerada pelos Munduruku culpada pela morte da mulher e teve que “ser retirada às pressas” da aldeia. O que chama atenção aqui é a utilização dos Munduruku como um terceiro que tanto podia ser apontado como vítima e/ou algoz, isto é, não se tratava de uma discussão sobre o conteúdo da relação com os Munduruku, mas a forma como eles eram tomados na relação entre as enfermeiras e técnicas de enfermagem.

*

¹⁰⁶ O fato de que o conjunto de informações epidemiológicas era deficitário pode ser atribuído à própria dificuldade da administração local do DSEI em ceder dados sobre o Pólo-Base no qual efetuei a pesquisa.

¹⁰⁷ Trabalhos recentes que procuram debater a construção de um Sistema de informação da Atenção à Saúde Indígena podem ser visto em Souza, Scatena & Santos (2007) e na coletânea Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil, organizada por Coimbra Jr, Santos & Escobar (2003).

As situações etnográficas aqui elaboradas buscaram situar o problema geral dos conflitos em torno do atendimento de saúde através das relações no interior do grupo de profissionais da enfermagem, com destaque para as narrativas/ações das técnicas de enfermagem. No interior da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, vemos que as disputas em torno da competência específica para a saúde indígena eram significativas para sustentar a posição de trabalho nas aldeias. Ao contrário do que poderíamos supor, entre as técnicas de enfermagem, a vida na aldeia não era apenas um mal necessário. Ao contrário, o trabalho nas aldeias produzia um conteúdo simbólico socialmente relevante. Contudo, essas estratégias não dependiam exclusivamente do sujeito, mas do modo como suas ações seriam julgadas tanto pelos Munduruku como pelas enfermeiras. Não se complicar, portanto, dizia respeito a um aspecto da relação nessa tríade (Simmel, 1950) formada pelas técnicas de enfermagem, as enfermeiras e os Munduruku.

Desse modo, as relações com os Munduruku acentuavam uma temporalidade que tornava especialmente complexo “se prevenir” do que eles poderiam pensar, poderiam fazer ou poderiam dizer, pois não havia de fato um conteúdo formulado a respeito do que os Munduruku pensavam. A produção constante de diálogos fora do contexto dos atendimentos, como fazia Judite, criava laços fundamentais para o respaldo de suas decisões. As técnicas, para “não se complicar”, deveriam aceitar essa condição ambígua e produzir improvisos a partir desse lugar de fala que pendula entre a responsabilização residual e a responsabilização total pelos atendimentos efetuados no contexto da aldeia. As satisfações prestadas aos Munduruku, como enfatizou Judite, nunca se esgotavam porque estavam atreladas a um circuito de relações de amizade. Os índices, por outro lado, que demonstravam pouca dependência das enfermeiras também eram reforçadas por estas, na medida em que repassavam qualquer tipo de trabalho para as técnicas e, mesmo assim, se resguardavam a premissa de avaliar sua competência. Como veremos, as enfermeiras tinham uma noção aguçada de que seus saberes eram contrapostos a não-saberes, em vez de serem contrapostos a outros saberes. As técnicas, ao contrário, se aproximavam de uma lógica da prática cujo *habitus higienista* – que não se confunde com práticas de higiene – era tão importante quanto à incorporação das demandas dos Munduruku e das enfermeiras possibilitada pelo elogio social do improviso.

Reflexões finais sobre a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena: o elogio do imprevisto e o higienismo

O trabalho de campo com as profissionais de saúde evocava, necessariamente, o escrutínio sobre os poderes envolvidos na prática do cuidado dentro do universo da atenção básica em saúde. Lima & Hochman (2000) discutem de forma muito competente a relação no Brasil entre o movimento médico-sanitário e aspectos fundamentais do pensamento social brasileiro na fase da Primeira República (1889-1930). Um dos pilares desse pensamento se pautava na necessidade de conhecer o Brasil do interior, até então abandonado pelas políticas governamentais. Nesse contexto, as intervenções sanitárias cumpriam o papel de salvar as populações deixadas à própria sorte em meio a doenças consideradas típicas dos interiores como a malária, tuberculose, leishmaniose, bócio, entre outras. A perspectiva de desenvolvimento econômico e social estava articulada a um discurso sobre a saúde dessas pessoas, ou melhor, sobre a necessidade de eliminar as doenças que as afligiam para que estas pudessem produzir e integrar a nação como trabalhadores e contribuintes diretos ao desenvolvimento da economia.

Cabe relembrar, entretanto, que nesse momento analisado pelos autores os povos indígenas não estavam incorporados a essa imagem dos “interiores”, simplesmente invisíveis às políticas de governo. Um dos motivos para que isso tenha ocorrido seria a própria existência do órgão oficial indigenista a partir de 1910, (Hochman & Silva, no prelo) que centralizava todas as políticas de assistência aos povos indígenas. Mas a partir da década de 50, duras críticas começaram a ser feitas ao estado de saúde dos povos indígenas sob a tutela do Serviço de Proteção ao Índio, sendo nesse período que outros setores do governo começaram a ocupar espaços na assistência à saúde indígena.

O SUS, como vimos, surgiu já num contexto mais próximo aos projetos e atores do indigenismo na década de 50, mas o DNREu era o órgão que incorporava os povos indígenas através das campanhas contra malária. Assim, a entrada da figura do indígena na política setorial de saúde se construiu no interior desse processo histórico que teve no sanitarismo um princípio fundamental de articulação das práticas de saúde (Lima & Hochman 2000). Por conseguinte, o reconhecimento da importância da perspectiva médico-higienista – indissociabilidade entre condições sanitárias e condições de vida – para as reflexões sobre a posterior incorporação da população indígena nas políticas setoriais de saúde torna-se fundamental para nosso debate sobre o

habitus higienista, cujas relações entre saúde e desenvolvimento, como argumenta Hochman & Silva (no prelo) – e eu acrescentaria, entre saúde e comportamentos – são contextualizadas a partir dessa profundidade temporal de que fala o conceito de *habitus* em Bourdieu, ou aquilo que na análise sobre a teoria da práxis bourdiesiana, Montagner chama “sedimentação que pressupõe a ação no tempo, traz implícita a história” (2006: 517).

O importante aqui, portanto, é estar atento para a vinculação explícita e primordial entre as doenças e os comportamentos e estilos de vida, inclusive *sentimentos* como a preguiça e a indolência sendo apontados como conseqüências do perfil epidemiológico das populações do interior. Apesar de não serem diretamente os índios aqui a serem chamados de preguiçosos ou indolentes, são os profissionais de saúde que compartilham desse *habitus* higienista que começam a cuidar da saúde dessas populações a partir da década de 50. Em termos da relação entre o pensamento sanitarista e a nação imaginada como descreve Hochman (2006), a perspectiva de intervenção sanitária se conformava dentro de um discurso de redenção político-cultural que, afinal, representavam as pessoas do interior como vítimas de suas “condições de vida”. Assim, um aspecto muito interessante de ser notado é a clara relação que se estabeleceu entre corpo e pessoa na empreitada civilizadora (Elias, 1994) das intervenções sanitaristas. O melhor exemplo, nesse sentido, provém de intelectuais como Monteiro Lobato (um dos maiores entusiastas da reforma sanitária como descreve Hochman em sua tese [2006]), que condicionavam o imaginário do “caboclo” do interior ao fato de *continuar* de cócoras (Lima & Hochman, 2000:321). Aqui, a higiene nos mostra seu potencial enquanto a faceta moral do empreendimento sanitário: a posição de cócoras era um costume a ser modificado em si mesmo. A higiene, portanto, não era apenas uma medida concernente ao problema da interdependência sanitária (termo de Hochman) e social que vinculava as pessoas através das doenças transmissíveis, ela também continha o germe da distinção social, se assim podemos dizer.

Por outro lado, os cuidados continuados e cotidianos tomados como práticas preventivas de saúde também se configuraram como parte importante da política de saúde indígena a partir de Nutels e, depois, com as Equipes Volante de Saúde que, como já disse no capítulo anterior, consolidaram a presença contínua de profissionais de saúde nas aldeias. Assim a tensão e ambivalência entre uma perspectiva de assistência e outra de intervenção descrevem melhor a situação histórica dos povos indígenas em

relação às políticas governamentais na área da saúde. Nesse sentido, nos cabe reconhecer a relação entre corpo e poder, num diálogo com uma das premissas básicas do pensamento de Foucault, para quem o corpo opera poderes nos quais se inscrevem significados construídos através das políticas públicas que, por sua vez, parte de uma análise que rejeita uma visão da externalidade das ações do Estado, isto é, enquanto aparato ou ente externo. Ao contrário, o princípio da governamentalidade incide sobre o universo da relação cotidiana e suas micro-relações (Foucault, 1991:91). Seria a inversão de uma análise normativa sobre a dimensão da execução das políticas públicas¹⁰⁸. Portanto, o que se pretende na análise da relação entre a política de saúde e as práticas cotidianas na aldeia seria descrever (des)continuidades, e não a construção de contrastes caricatos entre teoria e prática ou entre dizer e fazer. O próprio Foucault argumenta em outros lugares (2004b:71 e 1994) o teor artificial dessa separação.

O que, particularmente, chamaria atenção nessa argumentação, das formas do exercício do poder, seria o efeito um tanto redutor sobre a agência dos indivíduos que fazem parte das políticas e as aplicam. Pois uma problematização fundamental a ser feita é aquela que relaciona a multiplicidade de formas de relação surgidas através de uma política de saúde ao cotidiano de práticas de cuidado, principalmente porque como o poder tem essa qualidade totalizante que descreve Foucault, não devemos tomá-lo como um conceito que atua sobre os indivíduos, mas através (e com) deles. Foi por meio desse “porém” que Shore & Wright (1997) conceberam a ideia de uma antropologia das políticas públicas (*Policy*), entendida menos como estudo de um instrumento do poder de governo, do que como estudo de um tipo de poder que age sobre e através dos indivíduos, configurando as relações entre estes e a sociedade. Mais ainda, consideram a política pública a partir do conceito maussiano de fenômeno social total, tendo profundas implicações na forma como os indivíduos, os grupos e os objetos interagem. (1997:7). Portanto, minha compreensão sobre o entrelaçamento da perspectiva assistencial dos cuidados cotidianos em saúde e da perspectiva de intervenção para o controle das doenças na saúde indígena se vincula a esse olhar teórico-metodológico sobre as políticas públicas.

Desse modo, a etnografia se voltou para as atitudes das técnicas de enfermagem em relação aos cuidados diários de saúde, valorizando as atividades que circundavam a experiência do atendimento. A negociação em torno dos cuidados com a saúde,

¹⁰⁸ O argumento continua através de uma análise do sentido das leis na forma de governo, que o autor define mais precisamente como táticas multiformes. (Foucault, 1991:95)

sintetizadas pelas reclamações constantes das profissionais de enfermagem para não levar as crianças gripadas ao rio, não andar na chuva, não andar descalço, não beber água do rio, não levar as crianças à roça, não ficar muito tempo debaixo do “sol quente”, entre outras recomendações, estava entrelaçada ao ato de supervisionar exercido através do controle das medicações¹⁰⁹. Entre as técnicas de enfermagem era generalizada a ideia de que ao primeiro sinal de melhora as famílias deixavam de ir ao Posto em busca da medicação. Assim, essa configuração derivada de um princípio de “busca ativa” (como categoria nativa) dominava o discurso das profissionais de saúde sobre os Munduruku ao mesmo tempo em que se destacavam o uso de recursos próprios marcado pelas expressões “se virar nos trinta”, “não se complicar”, “ter jogo de cintura”. Assim, a tradição intervencionista das políticas de saúde teve, no caso dos povos indígenas, esse alinhamento particular com um tipo de assistência à saúde atrelada à construção de uma alteridade na qual as diferenças culturais deviam ser incorporadas ao repertório de improvisos. As técnicas de enfermagem, no entanto, se situavam em um *campo*¹¹⁰ de poder em que essas práticas de improviso eram centrais.

O improviso, portanto, não é uma questão de habilidade contada no relógio ou da capacidade intelectual de tomar decisões rapidamente, como numa definição senso comum de que o improviso apenas tem sentido dentro de uma temporalidade emergencial para o sujeito da ação¹¹¹. Por isso, é importante refletir sobre as condições de uso do improviso nas relações entre profissionais de saúde e os Munduruku através dos conceitos de antecipação e tipicidade de Schutz¹¹², cujo suporte analítico reúne a temporalidade das ações ao significado para os sujeitos em relação. Assim, percebemos que os próprios termos prevenção e emergência devem ser submetidos a uma análise mais rigorosa, principalmente porque no contexto da saúde seriam usados sistematicamente como opostos, o que não cabe em nossa análise cuja noção de improviso parece ser etnograficamente englobante das diferenças atribuídas pela

¹⁰⁹ Controle podia tanto ser no sentido de restringir quanto de estimular o uso dos medicamentos.

¹¹⁰ O campo, no sentido de Bourdieu (2002, 2006) oferece meios para pensar a constituição de um grupo profissional de enfermeiras e técnicas de enfermagem que negociam entre si táticas de improviso, umas mais ou menos aceitas de acordo com o capital simbólico ditados por critérios como antiguidade, relações de amizade na cidade, etc.

¹¹¹ Uma referência muito interessante para pensar o improviso em sua positividade conceitual é a tese de doutorado de João Miguel M. Sautchuk (2009).

¹¹² O conceito de antecipação é fundamental para a análise proposta das relações sociais. Para Schutz (1979), a possibilidade de antecipar ações está baseada na tipicidade orientada por experiências anteriores que organizam nossas ações no mundo da vida. No entanto, essa antecipação não substitui a experiência. Como o próprio sublinha “devido à própria tipicidade, nossas antecipações são necessariamente mais ou menos vazias, e esse vazio será preenchido, uma vez realizado o evento, exatamente por aqueles traços do evento que fazem dele uma ocorrência individual única” (idem, 1979:136).

“biomedicina” aos critérios de prevenção e emergência. Na aldeia, a temporalidade de ambas era subsumida à do improviso. Por isso, ao se improvisar o que estava em jogo não era uma decisão tomada de maneira arbitrária e unilateral, ao contrário, poder improvisar significava uma forma de mediação.

Mesmo os casos emergenciais podiam ser classificados como “inesperados”, mas possuíam tipicidade. Da mesma maneira, ao definir prevenção como atos performados em relação à experiência futura, estamos igualmente falando em tipicidade. Por isso, a especificidade de nossa análise antropológica está dada no seio das relações entre profissionais de saúde e os Munduruku a partir de uma abordagem situacional. Não quero dizer que não nos importa também poder refletir sobre a “infraestrutura” (remédios, barco, motor, combustível para luz e para barco, etc.) como parte desse repertório do improviso, que tanto quanto a infraestrutura não são circunstanciais, mas configuram experiências através das quais os sujeitos sociais criam e recriam práticas e formas de relação. A positividade conceitual do improviso dentro da análise sobre a assistência à saúde indígena está, portanto, em não reduzi-lo a um problema circunstancial. Entre as técnicas de enfermagem, a habilidade para improvisar conferia um capital simbólico na constituição das relações com os Munduruku e no interior do grupo de profissionais da enfermagem. Um longo tempo de permanência nas aldeias, ao contrário de mal necessário, indicava sua pertença ao grupo *diferenciado* da saúde indígena. Nada impedia, no entanto, que um evento específico viesse pôr abaixo uma trajetória de sucesso e, geralmente, os Munduruku eram os que tinham maior legitimidade sobre a interpretação desses eventos como sendo críticos ou não¹¹³. Mesmo que as coordenadoras/enfermeiras locais também tivessem poder de decidir sobre a circulação das profissionais de saúde, o poder de veto, ou seja, de exclusão era atrelado a perspectiva das lideranças Munduruku sobre os eventos. O improviso, no que tange à experiência das técnicas de enfermagem, qualificava a relação ambígua entre as técnicas de enfermagem na relação com as enfermeiras e os Munduruku, deixando espaços pelos quais a alteridade Munduruku era significada.

¹¹³ O caso da demissão da enfermeira-chefe da CASAI, como descrito na introdução, traz uma problemática similar em relação ao exercício de uma forma de poder na qual os Munduruku assumiriam um papel não-vitimizado. A esses casos também se coadunava, porém, o fato de que qualquer decisão dos Munduruku que fosse considerada arbitrária pelas enfermeiras se transformava ela mesma numa acusação sobre o caráter do indivíduo. Aqui, novamente, a identidade étnica é simulada pela reificação de certas características consideradas próprias e/ou apropriadas aos “índios”. As exceções eram atribuídas apenas às “lideranças” ou aos embriagados.

Voltando ainda ao aspecto da conformação da minha experiência nas aldeias, é notória a informação, por exemplo, que entre as técnicas de enfermagem o uso de plantas medicinais e caseiras era um meio de cura legítimo e comum. É relevante a noção de que as experiências nas quais essas pessoas eram formadas e formadoras produziam cenários híbridos (não no sentido da produção de um terceiro tipo de conhecimento), considerando os modos de uso dos conhecimentos e princípios que as orientavam em suas ações. Por isso, as mesmas não reproduzem os esquemas de representação implicados no processo comparativo entre “sistemas” médicos. Cabe, portanto, perceber a ambiguidade – termo muito usado para falar do conflito entre as atribuições no campo das instituições (FUNAI versus FUNASA) e nos debates sobre os Agentes Indígenas de Saúde – através da dinâmica da atualização das relações entre “brancos” e povos indígenas. Desse modo, prefiro utilizar noções específicas, tais como a noção de higiene (enquanto um *habitus higienista*), que possui um sentido extremamente controverso no contexto da saúde indígena e faz parte da experiência de formação de todos os profissionais de saúde, no intuito de contribuir com uma análise sobre as relações (como relações de poder), e não a partir de esquemas explicativos sobre a realidade.

Quando, ainda na fase de desenvolvimento do projeto da tese, abordei o tema do conflito para discutir as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e os Munduruku, a teoria de Simmel tornou-se referência fundamental para conceituar precisamente o conceito de conflito. O conflito, ao contrário de seu aparente caráter de negação e ausência, quando pensado como gerador de relações – como produtor, e não como produto – oferece um campo amplo de possibilidades para o estudo das relações de poder. Estudar o conflito em sua positividade não implicaria abrimos mão da conjuntura mais ampla na qual o mesmo se estabelece e, portanto, das relações de dominação colocadas nos vários níveis da realidade. Mas, a perspectiva minimalista de Simmel sobre o universo das ações cotidianas permite que através de sua teoria se pondere sobre o compartilhamento de sentimentos e valores entre pessoas e grupos em situações antagônicas, sugerindo haver dois tipos de similaridade que podem ser as bases de um antagonismo particularmente intenso: “*common qualities, and common membership in a larger social structure*” (Simmel, 1971:91). Da forma como gostaria de refletir sobre os conflitos no interior da EMSI, a observação e participação durante as práticas que envolviam o atendimento, as narrativas, as trajetórias compartilhadas e as práticas corporais que se engajavam diretamente na constituição desses significados nos

habilitam a considerar vários níveis de relação e conflito pouco explorado entre os “brancos” e os Munduruku. Isto porque, no interior da sociedade envolvente, o grupo das técnicas produzia similaridades do segundo tipo na definição de Simmel. Era a partir da pertença a uma estrutura social mais ampla que as diferenças ganhavam sentido. Isso significa dizer que, a atuação dos médicos e enfermeiros divergia em forma/conteúdo das ações das técnicas e isso marcava a construção diária das relações com os Munduruku.

Cabe esclarecer que para pensar esse contexto da “ponta” do Subsistema de Saúde Indígena, não faria sentido usar a narrativa oficial dos textos da política de saúde como se fosse a voz desse grupo de profissionais. Para falar desse contexto, também não nos bastaria utilizar o recurso da comparação entre sistemas médicos. Isso nos conduz à discussão bastante conhecida sobre a insuficiência de cartilhas e projetos de educação em saúde inspirados num dever-ser que nunca é. Nesta, as relações adquirem um caráter formalista e impessoal. Um bom exemplo é a cartilha da FUNASA “A cura da nossa aldeia” que reflete esse formalismo da articulação entre o sistema médico oficial e os tradicionais (ver anexo). Contudo, se num passado recente o atendimento era caracterizado como esporádico, a organização de um subsistema diferenciado de atendimento na forma de Distritos Sanitários trouxe o desafio de compreender o cotidiano das ações de saúde, em contraste à abordagem mais genérica da relação entre sistemas de conhecimento médico, presente na tradição francesa da antropologia da doença (Buchillet, 1991:23). A forma de organização em Distritos, inevitavelmente, agrega valor à experiência cotidiana na medida em que contribuiu para um maior tempo de permanência das profissionais de saúde nas aldeias, aproximando-se de aspectos da experiência histórica da política indigenista¹¹⁴.

Ainda, é preciso destacar que a relação ‘meramente profissional’ de atendimento se desdobrava em diversos arranjos interacionais mediados por emoções suscitadas durante o atendimento e através dele. Busquei explicitar as classificações dadas pelas pessoas às situações mais ou menos “nervosas”, “irritantes”, “raivosas”, “falsas”, que constituíam a forma das relações entre profissionais de saúde e os munduruku no cotidiano, exatamente o lugar/momento em que são requisitadas a sensibilidade e a

¹¹⁴ Durante as décadas de 70 e 80, os cursos de formação de técnicos em indigenismo oferecidos pela FUNAI para atuar nos postos locais tratavam diretamente sobre a forma das relações a serem travadas com os povos indígenas, o que não ocorre no processo de formação da EMSI. Isso se pode ver no interessante trabalho de Saldanha (1996) que resgata as narrativas de vários indigenistas formados nesses cursos entre 1970 e 1985.

articulação entre as diferenças culturais, além das disparidades a respeito das causas e formas de tratamento dos eventos mórbidos. Refiro-me às situações rotineiras de dar/receber remédios, preencher formulários e trocar curativos. Isto é, o foco se voltava para uma parte do processo social apreendido pela política de saúde indígena que é muito citado e mencionado, mas pouco analisado etnograficamente. Assim, uma chave de leitura fundamental ao cenário de repetições e redundâncias que se constituíam diariamente na distribuição individual dos remédios, dose por dose, seria conceber cada um dos atos performados no espaço do Posto e no “espaço de atendimento” forjado dentro ou fora dos Postos e Casas de Saúde, como atos de fala também, que se traduzem em termos de eficácia social. Esse deslocamento, que se encontra na base do pensamento de Austin sobre a relação entre linguagem e ação (1990), em vez de atribuir um estatuto de verdade ou falsidade ao que se diz, usa o termo mais apropriado de felicidade, traduzindo adequadamente as situações de “sufoco” trazidas pelas técnicas de enfermagem nas negociações em torno do atendimento. Ao mesmo tempo, pensar sob esse preceito conceitual deu um estatuto às emoções narradas como expressão da agência dos sujeitos nas relações sociais, discriminando seu caráter social. A etnografia das práticas dessas profissionais de saúde nas aldeias se voltou, portanto, para o contexto de produção da experiência de atendimento, ressaltando aspectos narrados, vividos e experimentados como meio para refletir sobre os significados que atuam na relação, reunindo ação e teoria, forma e conteúdo, dizer e fazer através desses sentimentos comuns às técnicas de enfermagem e que orientavam distintos vieses do imprevisto a que estavam, inevitavelmente, sujeitas. Sendo que a principal semelhança seria a produção criativa sobre esses elementos imponderáveis de seus cotidianos e expressos na forma de desconfiança, solidão, medo, perigo, nojo e amizade.

Capítulo 3

Cuidado, assistência e administração em saúde: a experiência das enfermeiras em perspectiva

Parte I

O convite de Malu

Havia começado meu trabalho de campo há uma semana e estava sentada na mesa do bar da pousada onde me hospedei, conversando com uma funcionária aposentada da FUNAI que estava na cidade por conta das eleições municipais. A funcionária era muito conhecida e à medida que o tempo passava várias pessoas se aproximavam para cumprimentá-la ou, simplesmente de passagem pela rua, acenavam em nossa direção. Até que, a convite da ex-funcionária, juntou-se a nós uma mulher na faixa dos quarenta anos para tomar uma cerveja. Ela se apresentou como enfermeira da aldeia Grande. Em seguida, ao me apresentar, prontamente expliquei que pretendia acompanhar uma equipe de saúde em aldeia durante alguns meses. Ela, então, me convidou para ficar no “seu Posto” e indicou que uma das razões do convite era o fato de que eu estava usando chinelos em vez de tênis, algo que ela considerava positivo. O mais importante para a enfermeira, segundo sua anunciada experiência de vários anos naquele trabalho, era “não ter frescura”. A frescura ganhava sentido relativo ao estilo de vida na aldeia, associando certas qualidades pessoais ao trabalho. Como pretendo mostrar ao longo do capítulo, o ato de restringir fazia parte de uma forma de atuação comum entre enfermeiras, uma vez que a noção de cuidado embutida em seus trabalhos era pontuada pelas ações de recusar, negar, restringir e reclamar.

A conversa continuou por mais três horas e a enfermeira prosseguiu num relato sobre diversos problemas de trabalho que enfrentava. Primeiramente, reclamou da falta de estrutura e recursos humanos de saúde na cidade. No momento, havia um obstetra, um otorrinolaringologista e uma clínica geral atendendo no único hospital da cidade. As emergências cirúrgicas, no entanto, ficavam a cargo apenas do obstetra, único profissional com especialização em cirurgia geral. Ainda, a enfermeira relatou ter

entrado em conflito com o médico obstetra sobre diagnósticos de gravidez de gêmeos em duas ocasiões. A enfermeira sustentava que a falta de experiência do médico no atendimento a mulheres indígenas, que possuíam um “corpo diferente”, era a causa do problema. A enfermeira, então, me explicou que a medida das barrigas das mulheres indígenas¹¹⁵ “nunca ultrapassava os 32 ou 33 cm” nos casos de gravidez de um único feto. Se o exame com a fita métrica indicasse uma medida maior, já se “podia contar” com uma gravidez de gêmeos. Além disso, ela declarou que utilizou o Pinard¹¹⁶ através do qual distinguiu dois batimentos cardíacos distintos. Ela buscava ressaltar com isso que, mesmo tendo acesso a equipamento mais elaborado no hospital, como o Sonar *Doppler* para ouvir os batimentos cardíacos dos bebês (não havia exames com imagem disponíveis na cidade), o médico não teria conseguido diagnosticar o que ela conseguiu através de sua experiência e do conhecimento de outros fatores, como por exemplo, as histórias de vida das mulheres. Uma das moças grávidas de gêmeos, como relatou a enfermeira, era solteira e não queria ter os filhos. Malu inferiu que, por isso, ela não estaria se alimentando direito, o que comprometia ainda mais o crescimento de sua barriga. A acusação sobre o médico também se dava na medida em que não foram tomadas providências para garantir os partos no hospital, de modo que nos dois casos, além de ficar comprovado que havia dois bebês na ocasião dos nascimentos, apenas um dos bebês sobreviveu. Assim, Malu explicitava a relação hierárquica conflituosa com o médico ao mesmo tempo em que projetava a sua experiência através de um *olhar clínico sobre a alteridade* cujo corpo era produto e produtor dessas diferenças. Minha intenção não é produzir uma exegese do evento, até porque conto apenas com a versão dada pela enfermeira. O que gostaria de destacar, tomando essa limitação como um critério da própria análise, é que a forma do conflito estabelecida com o médico se dava em torno da construção de uma alteridade na qual a própria universalidade do exame clínico, cujo foco é o indivíduo (Foucault, 2004), se desloca para uma concepção de pessoa na qual o corpo é tomado como medida empírica da diferença e como dispositivo de poder, se considerarmos que a enfermeira arrolava para si a prerrogativa de identificar e nomear essa diferença como “indígena”. Essa prerrogativa, como veremos,

¹¹⁵ Nesse momento, em especial, a referência era genérica, não se usava o nome da etnia, apesar da enfermeira jamais ter trabalhado com outro povo que não fosse os Munduruku e estar falando especificamente dessa experiência junto a eles.

¹¹⁶ O Pinard, instrumento com função similar ao estetoscópio, e o Sonar Doppler são dois conhecidos instrumentos para ajudar no diagnóstico de gravidez e servem para auscultar as batidas do coração do feto. A diferença entre eles é que o Pinard amplia a sonoridade como um estetoscópio, enquanto o Sonar utiliza tecnologia de emissão de ondas para produzir a ausculta. Ambos, entretanto, não permitem a visualização do interior do útero.

era constituída por uma lógica da distinção para com outras enfermeiras que não eram experientes no atendimento a povos indígenas.

Para Malu, a sua condição de enfermeira experiente “na saúde indígena” se entrelaçava à clássica questão da construção do poder médico através do desenvolvimento do “olhar clínico”. A combinação de uma noção de conhecimento vivido sobre a realidade dos “pacientes” era acionado conjuntamente com a capacidade/poder de produzir diagnósticos. Pretendemos, assim, explorar essa dupla autoridade, o entrelaçamento de uma formação acadêmica e de uma experiência profissional particular, com a forma de poder exercida pelas enfermeiras no contexto do atendimento. Com efeito, a enfermeira Malu viria a construir, tomando sua experiência pregressa como base, a importância de seu olhar como um poder sobre os próprios médicos, resgatando a condição histórica específica do atendimento aos Munduruku, marcadamente realizado por profissionais da enfermagem¹¹⁷, como elemento discursivo caracterizador desse poder.

Nesse sentido, é importante tratar do surgimento do conceito de olhar clínico da forma como o aplico para pensar o caso das enfermeiras. A institucionalização do exame clínico, procedimento pelo qual o poder médico teria podido se expandir, se tornou possível através da transformação do hospital num lugar privilegiado para a prática médica e para os doentes, na passagem do século XVIII para o XIX na Europa. Esse movimento foi acompanhando pela reorganização do espaço hospitalar em favor de práticas de cuidado e cura, isto é, de reabilitação. Segundo a genealogia histórica de Foucault (2004a), a constituição de uma hierarquia de saberes/capacidades perpetrada na organização do espaço hospitalar, palco fundamental de formação dos médicos e enfermeiros até hoje¹¹⁸, instituiu um modelo clínico de atendimento e, por conseguinte, de relação. A clínica teria, de fato, transformado o mecanismo fundamental do saber

¹¹⁷ É muito importante considerar o ponto de vista das enfermeiras que, na falta crônica de profissionais da medicina, acionavam essa hierarquia institucional se imaginando e se projetando nas relações como os únicos profissionais graduados e cuja principal definição era, justamente, a de possuírem um olhar clínico. Essa era uma semelhança fundamental, encontrada nos discursos de todas as enfermeiras. A formação das enfermeiras, entretanto, contava com algo além desse conceito de exame clínico. Tratava-se da capacidade de administrar e assistir, relativo ao conceito nativo dos “cuidados de enfermagem”, que buscarei descrever neste capítulo através do trabalho cotidiano das enfermeiras.

¹¹⁸ Para sustentar que a carreira da enfermagem no Brasil se consolidou através da ênfase nos cuidados clínicos, utilizo o trabalho de Maria Lucia Rizzotto (2008) que analisa o período de surgimento e institucionalização da profissão de enfermagem no Brasil na década de 20 no Rio de Janeiro, a partir da fundação da Escola de enfermagem Anna Nery. A autora tem, como um de seus objetivos, desmistificar a vocação da enfermagem para a saúde pública, dando ênfase aos programas de formação das enfermeiras. O forte vínculo com a escola de enfermagem norte-americana, o papel social da enfermeira como assistente do médico e a condução de uma formação conduzida para a administração e cuidados hospitalares são seus principais argumentos, que serão explorados mais adiante.

médico, tirando-o do “leito do doente” e do domínio da observação e experiência para uma sistematização sobre o processo do olhar que transmuta a forma de construção desse saber. Assim, Foucault nos ensina que:

“Não é, portanto, o próprio olhar que tem poder de análise e de síntese; mas a verdade de um saber discursivo que vem se acrescentar de fora e como uma recompensa ao olhar vigilante do estudo. Neste método clínico em que a espessura do percebido oculta apenas a imperiosa e lacônica verdade que nomeia, trata-se não de um *exame*, mas de uma *decifração*”. (grifos do autor). (Foucault, 2004b:65).

A sutileza desse pensamento está em perceber que não foi apenas a concepção de doença que mudou ao longo da história da medicina, mas a relação da doença com esse olhar, ele próprio um instrumento para desvelar verdades ainda desconhecidas. Da forma como Foucault organiza seu pensamento, o método genealógico nos permite aproximar à noção de olhar clínico dois níveis importantes de análise: enquanto forma de conhecimento sobre algo, destacando a relação historicamente construída entre o objeto do saber e o saber do objeto, e enquanto forma da relação social instituída a partir do saber/fazer da clínica médica. Não estamos aqui a tratar de médicos, é verdade, mas a formação médica discutida por Foucault encontra nessa análise voltada aos profissionais graduados da enfermagem um terreno legítimo de reflexão, uma vez que explora um elemento comum, que permeia a hierarquia dos saberes médicos nos quais os enfermeiros estão historicamente inseridos e, também, profundamente engajados em seu cotidiano e que se fomentou no exercício da enfermagem no interior dos hospitais.

Fundamental à constituição de seu olhar clínico, Malu destacaria sempre duas informações a respeito de sua trajetória profissional. A primeira, e mais importante no contexto de atendimento aos Munduruku, era a de que possuía “sete anos de FUNASA”, sendo das profissionais mais antigas daquele Distrito Sanitário Especial Indígena. Além disso, formada pelas Faculdades Integradas do Tapajós (FIT) – instituição de ensino sediada em Santarém – como enfermeira-obstetra, a ênfase que dava em torno da sua especialização na realização de partos e nos cuidados materno-infantis guardava relações com a disputa sobre as verdades desconhecidas que se ofereciam aos olhares daqueles que construía socialmente a eficácia dos atendimentos. Assim, a prática discursiva se coloca como ação central à produção dessas verdades a partir do método clínico.

Dando continuidade às descrições sobre o seu cotidiano de atuação, a enfermeira salientava, também, a importância de visitar as casas das pessoas e de estabelecer maior proximidade em relação às dificuldades enfrentadas na prevenção dos problemas de saúde mais frequentes, citando os preceitos que figuram no Programa de Saúde da Família (PSF)¹¹⁹ como exemplo a ser seguido. Tomando tal perspectiva sobre as visitas na prática, Malu disse que se tornara possível acompanhar melhor as pessoas que, muitas vezes, não iam espontaneamente ao Posto de Saúde quando se sentiam mal. Aqui, a enfermeira já adiantava um tema recorrente entre os profissionais de saúde locais, que enquadravam a lógica Munduruku de procura da assistência como uma lógica contrária à da demanda espontânea. Era esse o “frame” (Goffman, 1974:1-20) a partir do qual as críticas aos Munduruku se situavam. Havia uma ideia acusatória de que os Munduruku não entendiam como deveria ser o atendimento, principalmente quando ficavam doentes e não procuravam o Posto de Saúde, deixando que a situação se transformasse numa emergência. Essa forma de enquadrar as situações de atendimento utilizava aspectos de um repertório sobre as “crenças” Munduruku, isto é, utilizava as diferenças culturais que marcavam a forma de entender o processo saúde/doença como um capital simbólico a ser manejado nas relações com outros profissionais de saúde. Assim, Malu ponderou que os Munduruku temiam o “bicho”¹²⁰ que havia no Posto de Saúde na aldeia e na CASAI e isso dificultaria o atendimento. Nesse sentido, a prática das visitas em casa se tornava, em sua fala, um elemento especialmente importante para o profissional da saúde indígena.

Na ocasião em que me encontrei pela primeira vez com Malu, por coincidência, eu estava sentada num bar, mas eu não costumava tomar essa atitude com frequência

¹¹⁹ O PSF surgiu, em 1993, como parte do processo de descentralização previsto na implantação do Sistema Único de Saúde que previa também, dentre outras coisas, a aproximação do profissional de saúde da realidade local dos pacientes. O PSF é um marco histórico do redirecionamento da relação entre profissionais da saúde e pacientes. Consideraria importante para compreender o ponto de vista da enfermeira, bem como a forma de poder que engendrava, as conexões que a mesma estabelecia entre conhecer a realidade local com a experiência vivida no interior do Distrito Sanitário Especial Indígena. Para os leitores interessados em uma análise aprofundada da implantação do PSF e um debate sobre os significados dessa política social, ver a tese de doutorado de Goulart (2002).

¹²⁰ O uso da expressão em português “bicho” estava diretamente associada à expressão Munduruku *cauxi*, isto é, feitiço. Ao falar sobre feitiçaria, os Munduruku buscavam pontuar sua lógica de atuação frente à doença – modos de prevenção, cuidados e cura – para os profissionais de saúde, muito embora estes adotassem a perspectiva de que se tratava de uma “crendice” em oposição ao saber clínico. Isso não impedia que as enfermeiras reconhecessem se tratar de outro ponto de vista. A intenção aqui é chamar atenção para o fato de que o uso do termo “bicho” era amplamente conhecido entre os profissionais de saúde, que o reconheciam como uma categoria usada pelos Munduruku para falarem sobre o processo saúde/doença, desvelando ao mesmo tempo o processo social através do qual a cultura assume formas estanques de comportamento entre as profissionais da enfermagem e a alteridade se constitui em capital simbólico expresso numa forma de autoridade específica aos profissionais da enfermagem.

simplesmente porque as profissionais de saúde não costumavam se reunir para beber em bares na cidade. Apenas eventos como bingos e outras festas, que congregavam vários grupos diferentes, ofereciam ocasiões em que era comum o uso de bebidas alcoólicas por profissionais de saúde. Algumas destas profissionais freqüentavam igrejas evangélicas, católicas, e outras simplesmente não faziam questão de beber na cidade de Jacareacanga, muito embora não possa afirmar se entre outros círculos de amigos ou parentes, já que muitas residiam em Itaituba, a bebida alcoólica não estivesse presente em suas atividades de lazer. Entretanto, é possível afirmar que várias profissionais de saúde, entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, maldiziam o uso frequente de bebida alcoólica em referência ao próprio estatuto de profissional da saúde ou em referência a um histórico de violência familiar em torno do uso de bebida alcoólica por parte de seus ex-maridos, ex-namorados ou irmãos. O dado com o qual trabalho aqui é que, em Jacareacanga, não era comum vê-las consumindo bebidas alcoólicas.

Na conversa com Malu, que durou três horas, ao contrário, notei que havia outra atitude com relação ao uso de bebida alcoólica. Ao beber, ela costumava, como a própria dizia, “arranjar confusão” podendo tomar atitudes como mostrar indignação com as relações políticas locais e/ou com os profissionais de saúde do hospital, demonstrar sentimentos de raiva ao esbravejar suas opiniões, não raramente levantando o volume de voz. Malu, contudo, era não apenas ciente dessa postura, que ela também denominava como demonstrações de “valentia”, mas muitas vezes a sustentava positivamente, porque o ato em si de beber era realizado “fora do ambiente de trabalho”, portanto, fora da aldeia. Entretanto, a enfermeira afirmava saber que esse comportamento na cidade não a beneficiava em seu relacionamento com as outras profissionais de saúde, sendo esse o motivo pelo qual dizia que “não servia para ser chefe” (uma referência aos postos de chefia administrativa que as enfermeiras ocupavam nas coordenações locais dos DSEIs). Retomaremos esse assunto no decorrer do capítulo. Por enquanto, cabe dizer que esse primeiro encontro demonstrou, no decorrer do processo de escrita, reunir elementos centrais ao entendimento da atuação e valores que compunham as práticas das enfermeiras. Na medida em que o processo de composição das relações entre os profissionais da enfermagem – enfermeiras e técnicas de enfermagem – foi ganhando forma, a releitura das primeiras páginas do caderno de campo permitiu elaborar as passagens entre a experiência vivida e escrita, levando em consideração os constrangimentos, no sentido positivo do termo, que permearam o acesso às pessoas e instituições.

Uma abordagem antropológica sobre o consumo de álcool: acusações sociais e rumores

No primeiro dia em que estive com Malu na aldeia, no qual ela reiniciaria seus trabalhos, a enfermeira comunicou que precisava voltar à cidade no dia seguinte a fim de comprar provisões para os dias que permaneceria na aldeia e me perguntou se eu não gostaria de ir também. Chegamos quase ao meio dia e combinamos de retornar às 14hs. Eu fui rapidamente visitar Palmira na CASAI e quando me dirigi à casa de Malu no centro da cidade, numa pequena vila ocupada pelos profissionais de saúde da prefeitura, ela estava tomando algumas cervejas. Ficamos sentadas no batente de sua porta conversando sobre seu trabalho. Segundo me contou, alguns professores (não-indígenas) haviam se reunido na noite anterior para uma pequena festa e durante a madrugada vieram pedir remédios para curar a “bebedeira”. Malu aproveitou a situação presente para reforçar sua reprovação sobre aquela atitude, pois “a aldeia é meu ambiente de trabalho, eu não bebo, não fumo e não namoro.” Nesse momento, passou por nós uma antiga enfermeira da cidade, que eu ainda não conhecia. Nenhuma das duas se cumprimentou. Malu contou que a funcionária atual da secretaria municipal de saúde era um desafeto político, pois apoiava um dos candidatos de oposição ao prefeito¹²¹.

Malu me perguntou o que achava de nós irmos um pouco mais tarde, já que o sol naquela hora era muito forte. Eu deixei que ela decidisse. Ela se lembrou que nós precisávamos ir ao hospital rapidamente buscar algumas cartelas de fenobarbital para dois jovens que sofriam com epilepsia¹²² e, depois, pedir na coordenação local do DSEI algumas barras de gelo para continuar a vacinação que ela tinha iniciado no dia anterior. No hospital, Malu pediu os medicamentos a uma colega enfermeira e, durante a conversa, começou a questioná-la sobre suas intenções de voto. A enfermeira do hospital não queria se manifestar, mas Malu argumentou que o marido desta era candidato de um dos partidos de oposição e ela achava um absurdo que as profissionais de saúde do município apoiassem para prefeito um candidato que já as deixara sem

¹²¹ Para fins de esclarecimento do texto, havia na cidade três candidatos ao cargo de prefeito em 2008. Um era candidato a reeleição, apoiado por Malu, e os outros dois, que também já haviam sido prefeitos anteriormente, disputavam um possível retorno ao cargo. Desde 1991, quando a cidade foi emancipada, esses três políticos vêm se revezando na prefeitura.

¹²² Não tenho dados suficientes sobre esses dois casos de epilepsia para me engajar numa discussão sobre o assunto. Apenas destaco que os dois pacientes eram jovens com menos de 30 anos e tomavam esse medicamento já há alguns anos, segundo me informou a enfermeira. Nos meses seguintes, quando Silvana assumiu o cargo de Malu, como veremos a seguir, o caso desses pacientes nunca mais foi mencionado.

pagamento durante vários meses no passado. A enfermeira tentava sempre mudar de assunto, sem conseguir. Ela disse a Malu que precisaria de receita médica para os pedidos da medicação controlada que ela estava solicitando, mas Malu não os tinha. Os remédios foram entregues e partimos. Retornamos à aldeia no fim da tarde.

*

Nas semanas transcorridas entre meu primeiro encontro com Malu na cidade e nossa convivência na aldeia, muitas profissionais de saúde já haviam comentado que “Malu era uma excelente profissional, uma enfermeira muito boa, mas seu problema era a bebida”. Uma técnica de enfermagem que trabalhava na sede local do DSEI certa vez relembrou os tempos em que Malu havia sido coordenadora local, uns dois a três anos antes. Segundo ela, “era uma confusão, uma bagaceira”. A técnica emendou dizendo que já tentara ajudá-la várias vezes, mas não adiantava, e completou: “parece que a pessoa quer ir para o fundo do poço. Agora, eu também não quero mais saber.” A técnica acusava Malu de estar sempre embriagada na cidade. Eram tantas críticas que eu ouvira sobre a enfermeira até então que o tema do consumo de bebida alcoólica dificilmente teria passado despercebido quando comecei a pesquisa na aldeia. Malu já havia comentado comigo que ela gostava de beber e costumava “arranjar confusão” com os outros. Em diversas ocasiões de conversas informais, ela contava episódios sobre conflitos deflagrados por causa da bebida alcoólica, cuja moral da história culminava numa demonstração de destemor. Em seu contexto familiar durante a adolescência, Malu contou que convivia com vários irmãos com quem costumava sair para beber e sempre acabavam “arrumando briga”. No período das eleições, ela frisou que já se envolvera em muitas polêmicas porque várias colegas de trabalho da saúde no município, como vimos acima, não queriam fazer campanha ou expor seu voto, e ela classificava essa atitude como falsidade. Malu falava sobre seu hábito de beber vinculado a uma escolha pessoal e que não afetava seu trabalho nas aldeias. Contudo, os profissionais de saúde enquadravam esse discurso como parte do problema, como uma negação típica dos dependentes de álcool. Essa chave de leitura nos interessa aqui, devendo ser considerada à luz da linha de trabalho de autores como Neves (2004). A autora, através de uma revisão bibliográfica sobre a abordagem teórica conferida ao tema da bebida alcoólica nas pesquisas em Ciências Sociais, assinala que as formas de uso e as classificações sobre essas formas não podem se confundir com a assunção de

um ponto de vista patológico encontrada predominantemente no campo da saúde. Entender as patologias como constructos sociais de ampla magnitude e complexidade significa analisá-los sob a condição de “investimentos exegéticos e reflexões metodológicas sistemáticas, de modo a ser construído como objeto sociológico.” (Neves, 2004:7). Ao definir o uso da bebida alcoólica como um ato social, a autora diferencia a natureza do seu estudo daqueles que utilizam a categoria de patologia de um ponto de vista biomédico:

“Como os termos *alcoólatra* e *alcoholismo* são ao mesmo tempo signos de diagnóstico, de insulto e injúria, a explicitação das estratégias de controle de etnocentrismos torna-se um a priori metodológico irrecusável” (idem, 2004:8) (grifos do autor).

Se cada sociedade postula diversificados modos, maneiras, momentos e formas de uso e classificação de bebidas alcoólicas, segundo a abordagem antropológica, não podemos ignorar a classificação dada pelos profissionais de saúde imbuídos de uma clara percepção das diferenças entre uso e abuso de bebidas alcoólicas. Nas prescrições sociais a respeito do consumo da bebida, a restrição específica ao uso individualizado e imprevisto, como descreve Neves para o padrão de consumo em nossa sociedade, são símbolos de um controle social cuja forma acusatória ganha sentido quando articulada à valorização do discurso biomédico sobre a forma de consumo dessas substâncias.

No caso em tela, a própria especificidade do pertencimento de Malu a um grupo socialmente identificado com as prescrições acima descritas produzia um constrangimento social constante, pois quem devia assumir o discurso da biomedicina estava justamente a se desviar dele. A eventual fuga de um padrão de consumo valorizado, como aquela promovida em eventos festivos e recreativos, consumo coletivo e em mesas de bar, enquadrava Malu num perfil desviante do ponto de vista das relações sociais tecidas com os profissionais de saúde não-indígenas.

Por um lado, o que estava em jogo para a enfermeira era sua habilidade em desvincular a esfera do trabalho da esfera do consumo, mas por outro lado, o rompimento com a temporalidade e forma de uso socialmente prescritas, isto é, o fato de que Malu bebia frequentemente sob improviso, quando estava de passagem na cidade, e não necessariamente acompanhada, a desabonava moralmente frente aos seus pares profissionais, ainda que pudesse ser mencionada como profissional competente.

Se a enfermeira sofria acusações na cidade, no espaço da aldeia ela também produzia reclamações e acusações, dirigidas às técnicas de enfermagem, através de alegações de que não trabalhavam direito, não limpavam a casa, não anotavam todas as informações necessárias ao preenchimento do consolidado. Malu era uma enfermeira cuja posição na hierarquia profissional estabelecida em seu grupo social estava em constante tensão não apenas pelas acusações que enfrentava, senão pela forma como essas acusações ensejavam uma postura tutelar por parte das outras enfermeiras. Nesse sentido, as ações da enfermeira eram frequentemente justificadas a partir de sua relação com a bebida.

Contudo, essa situação encontrava um *terceiro* cuja participação na vida das profissionais de enfermagem – enfermeiras e técnicas – assumia a forma sociológica de um dos tipos de mediação *non-partisan* definidas por Simmel (1950), cuja principal característica seria não compartilhar da mesma forma que as outras duas partes dos sentimentos e vontades em jogo¹²³. Ao mesmo tempo em que era desautorizada pelos profissionais de saúde a respeito de sua capacidade de julgar as próprias ações – algo que era feito através das acusações sobre o excesso do consumo de álcool – o trabalho da enfermeira era bem conceituado entre os Munduruku, através de seu engajamento no cotidiano da aldeia e, sobretudo, sua reconhecida “vontade de ajudar”, que se manifestava num engajamento que excedia suas atribuições enquanto enfermeira. O caso mais explícito de sua participação em aspectos considerados pela grande maioria dos profissionais de saúde como questões internas aos Munduruku, como uma questão “deles”, era o apoio político manifestado a uma das duas lideranças na aldeia que se candidataram a vereador em 2008. Entretanto, a família apoiada pela enfermeira sofreu uma derrota eleitoral e, alguns meses depois, Malu foi transferida para outra aldeia. A justificativa dada pela coordenadora local era, previsivelmente, baseada no fato de que a

¹²³ Partindo do princípio de que a entrada de um terceiro elemento numa dada relação anteriormente formadas por duas partes – no caso em tela a díade seria formada pela relação entre enfermeiras e técnicas de enfermagem – constitui uma mediação, Simmel estabelece algumas formas nas quais essa mediação ocorre. A mediação do tipo *non-partisan* se subdivide em dois tipos de imparcialidade possíveis: uma que se refere à *igualdade de desinteresse* por ambas as partes, e outra que se refere à *igualdade de interesse* em ambas as partes. Nas palavras do autor: “the non-partisan either produces the concord of two colliding parties, whereby he withdraws after making the effort of creating direct contact between the unconnected or quarreling elements; or he functions as an arbiter who balances, as it were, their contradictory claims against one another and eliminates what is incompatible in them.” (1950:146-7). A imparcialidade que busco afirmar ser reproduzida na introdução dos Munduruku como um terceiro elemento entre enfermeiras e técnicas de enfermagem é aquela na qual os Munduruku não diferenciariam, não tomariam partido nos interesses de nenhuma das partes. Percebido dessa maneira pelas profissionais da enfermagem, os Munduruku mediarão a relação entre elas sem se deixar atingir subjetivamente pelas diferenças que as constituem, inclusive não as reconhecendo.

enfermeira não controlava o consumo de álcool, influenciando diretamente nas suas constantes idas à cidade. Entre os Munduruku, por sua vez, não houve qualquer pedido específico para que Malu permanecesse, entretanto a bebida nunca foi tematizada por eles como um problema.

Desde que Malu começara a trabalhar no DSEI, em 2000, ela havia sido designada para o trabalho nas aldeias e, posteriormente devido ao tempo de trabalho e à experiência adquirida, foi “promovida” para funções administrativas na coordenação local. Menos de um ano depois, ela abandonou o cargo de coordenadora local e passou novamente a ocupar o cargo de enfermeira dentro das equipes de saúde em Terra Indígena. O deslocamento das atividades administrativas para os Postos de Saúde nas aldeias, em 2007, ocorreu, segundo os rumores entre os profissionais de saúde, porque isso reduziria seu acesso ao álcool. Nessa ocasião, portanto, ela fora transferida para a aldeia onde realizei a pesquisa (essa é uma primeira transferência que não se confunde com a narrada acima que aconteceu posteriormente, apesar de que ambas foram explicadas pela coordenação como decorrentes do mesmo motivo). Apesar de Malu apontar que o principal motivo de seu deslocamento para aquele Pólo-Base fora a experiência no trabalho com crianças de zero a cinco anos, pautado pela sua formação em enfermagem com especialização obstétrica, os rumores apontavam a questão do consumo do álcool como um problema determinante. Quando seu acesso à bebida começou a se configurar como um problema ao longo do período em que realizei a pesquisa, sendo acusada de fazer constantes visitas à cidade por esse motivo, a coordenadora novamente optou em “redistribuir” Malu, desta vez para um Pólo-Base bem mais distante da cidade. A coordenadora local justificou sua atitude me contando que recentemente havia encontrado Malu na rua, “toda largada” e que essa mudança “era o melhor para ela.” O discurso de proteção, nesse caso, só era possível de ser acionado num contexto de explícita desconsideração da capacidade do outro em tomar decisões, muito próximo ao que Goffman (2005) define por carreira moral do doente mental¹²⁴. Nesse sentido, Malu era socialmente excluída da relação com seus pares e todas as suas atitudes, formas de organização do trabalho (privilegiando a assistência

¹²⁴ Numa passagem, Goffman esclarece o fato de que a internação em si não é pressuposto do desenvolvimento de uma carreira moral: “Cada carreira moral e, através desta, cada eu, se desenvolvem dentro dos limites de um sistema institucional, seja um estabelecimento social – por exemplo, um hospital psiquiátrico – seja um complexo de relações pessoais e profissionais. Portanto, o eu pode ser visto como algo que se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes. Neste sentido, o eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam.” (2005:142).

direta e maldizendo a produção dos relatórios consolidados), conflitos constantes com as técnicas de enfermagem, seus explícitos posicionamentos políticos tanto entre os brancos como entre os Munduruku, constituiriam facetas da sua relação com a bebida.

O Posto de Saúde

Antes de analisar situações de atendimento, gostaria de tecer algumas considerações sobre o espaço físico do Posto de Saúde da forma como se apresentava naquele momento. Posteriormente, chamarei atenção para as mudanças produzidas pela nova enfermeira que assumiria o Pólo-Base no ano seguinte, em 2009.

O Posto se localizava numa seqüência de construções ocupadas por funcionários da FUNASA e da FUNAI sendo, portanto, vizinhos (ver anexo). A aldeia não estava exatamente à beira do rio, sendo preciso subir um barranco íngreme para visualizar o local. Todas essas construções de alvenaria como o Posto de Saúde, a casa anexa ao Posto e o escritório e casa do chefe de Posto da FUNAI, estavam de costas para a aldeia e de frente para o rio. O formato da aldeia, entretanto, não era circular, sendo as casas dos Munduruku construídas tanto ao lado dessas construções do governo como na imensa parte de trás, chegando até os limites da mata densa. A vista do Posto de Saúde era muito ampla, alcançando grandes extensões do rio e de sua margem oposta, além da visão dos dois igarapés para onde os Munduruku constantemente se dirigiam para pescar, caçar e cuidar de roças situadas fora da aldeia.

Logo na entrada do Posto, à esquerda, havia uma balança manual e as paredes eram cobertas de cartazes de diversas campanhas de saúde do governo. Assim, havia uma “Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde”, do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao lado, um cartaz da prefeitura do Rio de Janeiro alertando sobre a conjuntivite, com medidas de precaução e em grifo “previna-se”. Ao lado desta, outro cartaz da mesma prefeitura, dessa vez sobre mulheres, onde se lia “Participação, Igualdade, Direitos e Oportunidades. Rio Mulher. Na construção de uma sociedade mais justa.” O último cartaz trazia um alerta aos portadores de hipertensão que dizia “Hipertenso, trate bem seu amigo do peito. Evite o sal e controle a pressão.” (Ministério da Saúde). Um cartaz, em outra parede, ensinava como medir a altura de crianças de até dois anos. Pequenos cartazes cor de rosa, feitos à mão, anunciavam: “Sejam bem-vindos”, “Seja amigo!”, “Previna-se. Colha o PCCU (Prevenção ao Câncer do Colo do Útero)”, “Mantenha o ambiente sempre limpo!”. Nesse, especificamente, havia desenhos estilizados de

indígenas, do cartunista Ziraldo, fazendo limpeza de suas casas com baldes, vassoura e água. Um último cartaz dizia “Use camisinha”. Abaixo desses cartazes, tanto numa parede quanto em outra, havia bancos de madeira em toda a extensão. Num canto da sala, perto de um dos bancos, havia uma mesa de fórmica onde ficava o rádio, com um aviso afixado acima: “horário do rádio. De 6:30hs às 11:30hs. De 14hs às 17:30hs.” Esse era o primeiro ambiente, que acolhia o público em geral. Havia outras três salas, duas usadas pelas técnicas de enfermagem e enfermeiras para atendimento e outra onde o microscopista coletava exames e fazia a leitura das amostras de sangue. Um pequeno cômodo, ao lado deste, era usado para depósito de gasolina e óleo de motor.

Uma das salas de atendimento era usada para guardar o estoque de medicamentos, em duas estantes lotadas do chão ao teto. Havia também duas macas que Malu costumava usar para fazer suturas e curativos, além de exames do Programa de Prevenção ao Câncer do Colo de Útero (PCCU). Não era uma sala muito freqüentada no dia a dia pelos pacientes, a não ser para aplicação de vacinas eventualmente. Havia, ainda, uma mesa velha de escritório com algumas gavetas. Ao lado, na porta seguinte, a sala onde se realizavam os atendimentos diários. Logo na entrada uma cadeira encostada na parede, uma mesa com gavetas e uma cadeira do outro lado marcavam a situação de atendimento. Ao lado, havia uma maca coberta com papel descartável sempre suja num dos cantos com fezes de morcegos que habitavam o forro do teto. Alguns meses depois a maca foi deslocada para o centro da sala resolvendo o problema. As macas, no geral, eram muito pouco usadas, uma vez que a maioria das pessoas buscava medicações e poucos exames físicos eram realizados ali. No fundo da sala, havia uma pia sem água, pois o abastecimento estava ainda nos acertos finais. O AISAN era responsável por manter debaixo da pia um galão cheio d’água para limpeza dos medidores de xaropes e outras necessidades. Essa água era proveniente do rio, o mesmo rio que as enfermeiras diziam, em suas palestras, estar contaminado com bactérias que causavam diarreias e verminoses. Vale notar, ainda, que mesmo sendo uma água não encanada, a pia era continuamente usada para lavar os recipientes dos medicamentos. Havia, ao lado da pia, uma mesa de apoio ao atendimento onde ficavam todos os remédios que estavam sendo ministrados no momento e um filtro de água de barro. Por fim, um armário de aço guardava alguns documentos e registros do Pólo-Base, livros de ocorrência de malária, verminoses, e alguns programas de saúde sem atualização. Alguns tinham anotações de anos anteriores, muitas informações estavam sem continuidade. Um pequeno armário estreito e branco com porta de vidro e chaves

guardava remédios injetáveis e camisinhas. Havia, ainda, um cartaz de uma campanha recente do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) que dizia: “Semana dos Povos Indígenas 2007. Economias indígenas, vidas compartilhadas. Comunidades mostram que é possível um mundo em que troca e convivência são mais importantes que o acúmulo de riqueza.”

A primeira observação a ser feita sobre essa descrição pormenorizada do ambiente do Posto de Saúde são os cartazes. A forma como nunca eram usados ou comentados, adicionado ao fato de que a ampla maioria do público não podia ler ou não lia aquelas informações, nos indica que essa composição do espaço era algo interno aos profissionais de saúde. Falava da construção de uma espacialidade, revelando grande semelhança com o ambiente de ambulatórios de hospital e Postos de Saúde municipais. O uso de campanhas de outros estados¹²⁵ sem apelo à própria situação epidemiológica da aldeia, salvo os apelos quanto ao exame do PCCU e as práticas de limpeza, sugeria que os cartazes não eram usados como recurso educativo à população atendida. O restante das informações versava sobre doenças pouco comuns, como a hipertensão e a conjuntivite. Nada, como se poderia esperar, de informações sobre controle da diarreia e verminoses ou uso do soro caseiro, algo sobre o qual as enfermeiras sempre falavam, mas que ressaltavam através de reclamações sobre a resistência das pessoas em seguir o método de reidratação oral. Na aldeia não havia católicos, de modo que apenas profissionais de saúde poderiam ter trazido e anexado ao Posto aquela mensagem do CIMI. O que gostaria de sugerir é que a relação das enfermeiras e das técnicas de enfermagem entre si e com os Munduruku começava através da apropriação das primeiras em relação ao Posto de Saúde. O lugar criado por elas, em sucessivos grupos que passaram por ali, nos sugere relações que começam fora da aldeia, certamente, mas que encontram ali uma entrada, um suporte físico e simbólico de suas atuações e de sua pertença social enquanto profissionais de saúde. Nesse sentido, a ação decorativa dos cartazes baseava-se menos na sua “utilidade prática” do que na composição do lugar onde as práticas de saúde deveriam acontecer, onde a legitimidade das ações dos profissionais de saúde ganhava força.

¹²⁵ Sobretudo campanhas dirigidas à população carioca e fluminense, parece apontar para uma concepção dos procedimentos doença/cuidado/cura descontextualizada e universalizável.

Cotidiano e assistência: a construção do cuidar e do administrar

Na ocasião do convite de Malu, eu já havia obtido minha autorização pela FUNAI para ingressar em Terra Indígena, já havia também conversado com a coordenadora local do DSEI e participado da reunião com as lideranças Munduruku que atuavam na CASAI, como descrevi no capítulo 2. Depois de constatar que Malu se disponibilizara a me ajudar, resolvi entrar em contato imediatamente com os caciques dessa aldeia. As duas lideranças foram receptivas e me disseram que eu poderia realizar a pesquisa sobre o atendimento de saúde. Em geral, as pessoas que chegavam à aldeia para conduzir diversos tipos de trabalho (profissionais da engenharia, da saúde e da educação) por períodos determinados de tempo, ficavam alojadas nas dependências do Posto de Saúde ou da escola. Assim, foi acertado que eu poderia me instalar na casa do Posto de Saúde e me apresentaria numa reunião para o restante das pessoas da comunidade. Esse foi o circuito de relações que me levou até a aldeia. Antes, porém, entreguei o documento de autorização em mãos do Chefe de Posto da FUNAI na aldeia, para quem também falei sobre a pesquisa antecipadamente.

Na véspera da minha ida à aldeia, encontrei com Malu na cidade de forma inesperada. Ela estava indo às pressas para Belém visitar um irmão internado em estado grave e comunicou que retornaria em uma semana. Assim, convivi durante os primeiros dias com o dentista, seu auxiliar e a técnica de enfermagem Miranda¹²⁶, que acabou sendo escalada para outra aldeia duas semanas depois, confirmando o esquema de rotatividade *interna* da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena naquele Distrito, no qual o foco era a constante redistribuição das técnicas de enfermagem pelos Pólos-Base e, inversamente, a manutenção das enfermeiras por um período maior de tempo¹²⁷.

Malu retornou dez dias depois. Já nas primeiras situações de convívio e de atendimento, uma retórica de reclamações, que havia sido um marco da nossa longa conversa inicial, se mostrava parte de um repertório cotidiano. Ao chegar à casa do

¹²⁶ Durante os dias de convívio com Miranda comecei a entrever muitas das situações analisadas no capítulo anterior. Assim como suas colegas de trabalho, Miranda possuía vários “bizus” (improvisos), como a mesma dizia, para desempenhar suas tarefas na aldeia e em nossas conversas ela estava sempre apontando em que momentos os “bizus” eram utilizados.

¹²⁷ Essa referência é importante de ser esclarecida porque no campo da saúde indígena, e também entre os antropólogos, é comum ouvir falar em alta rotatividade dos profissionais de saúde, significando mudança intensa do quadro de funcionários. No caso apresentado, havia também uma rotatividade *interna*, que era usada para diferenciar as categorias de profissionais da enfermagem. Esse tipo de rotatividade, já abordado no capítulo 2, será retomado ao longo do capítulo para analisar as relações entre as enfermeiras e técnicas de enfermagem nas aldeias e suas relações com a enfermeira-chefe da coordenação local.

Posto de Saúde no fim da tarde, Malu olhou ao redor, atou sua rede num dos ganchos da parede da casa, pois ela não gostava de dormir em cama¹²⁸ e reclamou que as técnicas não fizeram nada direito, pois saíram de folga e não deixaram a casa limpa. No dia seguinte, começaram seus atendimentos.

Atendimentos

O cotidiano do Posto de Saúde era marcado pela rotina da distribuição de medicamentos. Não havia um perfil das pessoas que procuravam o Posto de Saúde na qualidade de consumidores dos remédios, mas havia diferenças nos tipos de problemas apresentados e na forma como eram tratados, o que influenciava diretamente na relação diária dos Munduruku com o Posto de Saúde. Desse modo, o cotidiano do atendimento refletia também um tipo de relação entre os profissionais de saúde e os Munduruku. Essa sutileza deve ser levada a sério porque é nesse sentido que podemos lançar luz sobre a relação entre a política de saúde e as relações de poder estabelecidas cotidianamente. Consultas para males como dores de cabeça e de estômago, queixa muito comum entre os adultos, eram situações residuais de atendimento. Sempre havia quatro ou cinco adultos em tratamentos desse tipo, mas o número de crianças era sempre muito superior, a ponto de dominar a rotina do atendimento para os profissionais de saúde. Também é possível associar a isso a frequência significativa de mulheres, de variadas faixas etárias, com seus filhos, sobrinhos, netos ou irmãos pequenos em busca de medicações contra problemas respiratórios, diarreias e verminoses que afetavam constantemente as crianças.

Malu fazia ausculta nos que apresentavam tosse e, em geral, prevenia os parentes de que seria bom ficar atento porque qualquer gripe podia se transformar em pneumonia no caso dos menores de cinco anos. Além disso, ela indicava exame de malária para todos que aparecessem com febre. Certa ocasião, medindo a temperatura com as costas da mão, ela reclamou comigo de que não havia “nem termômetro”. Muito diferente das técnicas de enfermagem, Malu não perguntava aos pacientes por sintomas, mas buscava examinar o corpo das pessoas diretamente, olhando a língua, palpando os rostos, verificando a pele e os olhos. Assim, ela anunciava o diagnóstico ou uma

¹²⁸ Na casa do posto de saúde havia apenas uma cama, cuja preferência de uso era dada informalmente às enfermeiras. Malu, no entanto, preferia explicitamente sua rede e durante vários períodos em que não havia técnicas de enfermagem, a cama não era ocupada por ninguém.

previsão de diagnóstico, seguido de recomendações como a que deu a respeito da gripe das crianças. Não havia um diálogo propriamente dito e Malu jamais se sentava à mesa da sala de atendimento, estava sempre andando, circulando e atendia as pessoas na antesala onde havia os bancos de madeira ou diretamente nas casas, quando era solicitada. A construção da relação de cuidado com o olhar clínico era constante nas intervenções da enfermeira durante os atendimentos. Muitas vezes, ela anunciava uma previsão de diagnóstico ainda de longe, apenas olhando para o doente. Essa prática agregava sentido ao método clínico valorizado pelas enfermeiras e, ao mesmo tempo, as diferenciava dos outros profissionais da enfermagem. Aliás, o trabalho da enfermeira na aldeia, apesar de ser a única naquele universo, era vivido em relação ao grupo de enfermeiras do DSEI e do município, formando uma rede de relações que as aproximava a despeito das distâncias físicas.

Num dos casos atendidos, ela me mostrou uma menina que havia acabado de chegar com suspeita de hepatite. Malu aplicou um soro intravenoso e também lhe ofereceu mingau. Ao fim desse atendimento, ela reclamou comigo de que recebia pessoas de outros Pólos-Base, mas que não podia negar atendimento mesmo sabendo que não levaria o crédito pela prestação daquele serviço, já que as referências eram dadas ao Pólo-Base de origem dos pacientes e não onde eles haviam sido, por acaso, atendidos. Ela indicava, assim, que essa era uma realidade informal, determinada pelo circuito de informações dos Munduruku que poderiam indicar a um parente ou outro que se consultasse com determinada enfermeira, mesmo que ela fosse de outro Pólo-Base. Essa reclamação de Malu, especificamente, elaborava sua relação com os Munduruku, anunciando ser uma enfermeira conhecida e requisitada. Por outro lado, ao concluir seu raciocínio com uma máxima das enfermeiras: “vai dizer para eles que a gente não pode atendê-los aqui?!”, ela também buscava generalizar uma forma de relação das enfermeiras com os Munduruku, como se os últimos impusessem seu modo de agir, como se a situação de atendimento aos indígenas fosse, por isso, particular. Ao mesmo tempo, a imagem que se projetava sobre os Munduruku era a de *populações* indígenas, num sentido genérico, disputada pelos profissionais de saúde em torno de uma “forma de lidar com eles”, explicitada pela ideia do acúmulo de experiência na saúde indígena, que era a maneira como Malu se apresentava.

Uma situação comum durante o atendimento era a produção de constantes acusações contra os Munduruku em torno dos cuidados com as crianças. Desde o nascimento até a idade de cinco anos, as crianças eram acompanhadas por uma pesagem

mensal, onde eram feitas avaliações sobre seu desenvolvimento e crescimento. Através desse procedimento, as enfermeiras pontuavam diversas reclamações sobre os cuidados materno-infantis e, especificamente, sobre a conduta das mães. Essas práticas discursivas apareciam diretamente engendradas à questão de administrar os programas de saúde e prestar assistência.

Essas duas ações, administrar e cuidar, se situam na história da formação profissional da enfermagem no Brasil como valores fundamentais e que guardam certa polarização. A relação entre essas duas atividades, por assim dizer, tem sua própria história no campo da enfermagem a partir da constituição de duas vertentes do exercício da profissão: uma que remete ao conceito da enfermagem enquanto manejo diário dos cuidados em ambiente hospitalar e outra que se constitui na administração, organização e execução de programas de saúde do governo, marcados pelas ações de prevenção e promoção e educação em saúde. Em outras palavras, uma polarização entre o trabalho no espaço hospitalar e na esfera da saúde pública. Rizzotto (2008) nos põe a par não apenas dessa polarização, mas de uma recorrente visão entre intelectuais da área que costumam identificar a origem e sentido histórico da profissão da enfermagem no país à esfera da saúde pública. Entretanto, a autora argumenta, baseada na análise do período de implantação da profissão de enfermagem no Brasil – ocorrida no início dos anos 20 – que a metodologia de ensino e formação que se sucedeu foi, desde seu início, amplamente orientada para o trabalho no interior dos hospitais, aliada diretamente com a assistência aos médicos e dentro de um modelo clínico de atendimento que enfoca a cura da doença e não a concepção de saúde enquanto prevenção. Apesar da percepção “nativa” de que os enfermeiros são profissionais orientados predominantemente para a prevenção e promoção da saúde, Rizzotto apresenta numerosos dados que indicam o contrário. Ela justifica, entretanto, essa identificação do enfermeiro com a saúde pública pela reforma política à época que influenciou numerosos intelectuais do campo da saúde e que reconheciam na enfermagem um campo de atuação para a saúde pública, através da figura das “enfermeiras-visitadoras”¹²⁹.

Apesar das discrepâncias observadas entre o discurso médico-sanitário no Brasil da Primeira República (1889-1930) e a implantação da primeira escola de enfermagem,

¹²⁹ A autora reproduz um discurso de Carlos Chagas, em 1921, que buscava divulgar a futura escola de enfermagem, em que atribuía importância fundamental à enfermeira-visitadora. Dizia ele: “As organizações sanitárias modernas não mais podem dispensar os serviços de enfermeiras-visitadoras, que constituem um dos factores de maior valia na prática dos *methodos prophylacticos*” (Rizzotto, 2008:51).

baseada no modelo Nightingale¹³⁰, a institucionalização da enfermagem no contexto do Movimento Sanitarista prevaleceu no imaginário fundador da carreira, sendo estabelecida a ideia da prevenção de saúde pública como uma vocação da enfermeira. Nesse momento histórico, já era possível visualizar a cisão na carreira da enfermagem entre a saúde pública e o trabalho nos hospitais, entre a tarefa de orientar as famílias em casa e a tarefa de administrar tratamentos médicos a pacientes internados, entre assistir ao tratamento de doenças endêmicas como a tuberculose e cuidar de serviços assistenciais ao médico. Entretanto, é possível afirmar que nas disputas entre sanitaristas e enfermeiras em torno do campo da enfermagem, a opção dos serviços administrativos hospitalares era privilegiada em detrimento a uma carreira na saúde pública, ao menos na visão das enfermeiras graduadas da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Amorim & Barreira (2007) destacam a influência que a diretora da Escola Anna Nery, a norte-americana Ethel Parsons, exerceu ao extinguir a categoria de visitadora sanitária no Rio de Janeiro na década de 20, a despeito da oposição dos sanitaristas que sempre consideraram que a enfermeira-visitadora ou a enfermeira de saúde pública era pedra de toque para o desenvolvimento sanitário do país: “Para os sanitaristas, a atuação das enfermeiras de saúde pública era estratégica para promover o controle das famílias em seus domicílios, para a extensão dos centros de saúde, para o processo de descentralização distrital e, enfim, para o desenvolvimento da saúde pública. Por isso, no projeto sanitário constava a ampliação do serviço de visitadoras, sob o comando do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde” (*idem*, 2007:58).

Rizzotto (2008), portanto, não está sozinha ao afirmar que os preceitos da medicina clínica é que estariam “expressos nos programas de ensino e modelo que então se impuseram e se cristalizaram nas Escolas de Enfermagem”. Assim, ainda que as primeiras enfermeiras formadas fossem absorvidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) era difícil consolidar a proposta de incorporação das mesmas ao modelo defendido pelo movimento sanitário nacionalista, denominado de modelo “vertical permanente especializado” cujo interesse era agenciar o trabalho de

¹³⁰ Florence Nightingale foi fundadora da primeira escola de enfermagem na Inglaterra em 1859, anexada ao hospital St.Thomas. Seu método, baseado na administração dos serviços hospitalares, foi reproduzido nos Estados Unidos e, por conseguinte, reproduzido no Brasil através do intenso intercâmbio de enfermeiras norte-americanas para cá nas décadas de 20, 30 e 40, que assumiram a direção do ensino da enfermagem na Escola Anna Nery entre 1922 e 1938. O legado dessas enfermeiras se deu ainda de forma legal, quando a Escola Anna Nery se tornou por decreto de 1931 em Escola-padrão no país, cujo modelo deveria ser seguido na expansão da profissão. A diretriz do modelo norte-americano era qualificar os serviços de enfermagem a partir da assistência hospitalar e/ou ambulatorial. (Rizzotto, 2008:59-60)

“enfermeiras-visitadoras”¹³¹. A solução encontrada, a partir de meados dos anos 30, foi incumbir as enfermeiras diplomadas da formação de quadros técnicos e auxiliares, as visitadoras, para os órgãos de saúde pública do governo (Amorim & Barreira, 2007).

A compreensão, portanto, da construção desse discurso sobre a enfermagem como lugar da prevenção é associada ao momento histórico que a política de saúde vivia nessa época, quando as reformas políticas se centravam numa perspectiva sanitarista que, segundo Lima & Hochman (2000), reproduzia o discurso de um “Brasil doente”. A higiene, nesse sentido, se configurava enquanto “conhecimento e conjunto de práticas capazes de fazer a mediação entre o estado natural e a civilização.” (*idem*, 2000:318)

O que essas explicações sobre o processo histórico de institucionalização da enfermagem e o projeto político no qual se inseria a construção da saúde pública podem sugerir, além de uma divisão entre medicina clínica e saúde pública, é uma segunda divisão específica à prática da enfermagem que foi construída em uma dupla orientação situada entre cuidar e administrar, sendo um tipo de dicotomia que perpassa as carreiras da enfermagem seja na saúde pública seja na esfera clínico-hospitalar. Assim, quando as enfermeiras usualmente se referiam aos cuidados de enfermagem estavam a designar uma ampla gama de ações em que se articulam demandas de um cuidado direto ao paciente e de uma prática administrativa de organização dos serviços de saúde. A faceta mais proeminente dessa dicotomia na política de saúde à atenção básica no caso das enfermeiras é, justamente, o poder de gerir serviços e pessoas.

Atualmente, no contexto da saúde indígena, onde se pressupõe uma equipe multidisciplinar de saúde – seguindo uma tendência histórica das políticas públicas no país desde a década de 90 (Macedo e Castro, 2002) – podemos ver que a enfermeira ocupa uma posição de supervisora de todos os profissionais ligados aos cuidados de enfermagem, incluindo nesse grupo as técnicas de enfermagem, Agentes Comunitários de saúde e Agentes Indígenas de Saúde.

Nesse sentido, gostaria de propor uma reflexão específica que busque entrelaçar o conceito de atenção diferenciada enquanto meta da política de saúde indígena e a relevância socialmente conferida à prática dos enfermeiros no contexto dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Nesse sentido, cabe reconhecer que devemos

¹³¹ Rizzotto enfatiza, ainda, que as primeiras mulheres formadas nessa profissão eram oriundas de camadas específicas da população que não valorizavam essas ações, pois tinham acesso privilegiado aos tratamentos hospitalares. A autora destaca, por exemplo, as exigências feitas pela Escola de Enfermagem Anna Nery na admissão de candidatas a uma vaga, que incluíam “exames preparatórios de Português, Aritmética, Francês, Inglês, Geografia e História do Brasil, Física, Química e História Natural ou diploma da Escola Normal” (2008:52). Além disso, era preciso ter entre 20 e 35 anos.

abordar os profissionais de saúde como atores sociais desse processo, atores que produzem e reproduzem noções sobre os povos indígenas e, ao mesmo tempo, são chamados a suprir uma demanda histórica pela recuperação da saúde desses povos – tarefa na qual se engajam através de duas frentes de atuação. Numa, temos a prática do método clínico na prestação de assistência direta, isto é, o modelo biomédico de produção de diagnósticos. Numa frente correlata, temos a gestão dos programas de saúde e a administração cotidiana dos serviços de saúde prestados e do pessoal da enfermagem. A aplicação do conceito de atenção diferenciada surge, para as enfermeiras, num plano em que a dicotomia entre cuidar e administrar opera duas formas possíveis da relação com os doentes, a depender da ênfase dada por cada enfermeira em seu estilo de trabalho¹³². Assim, sugiro que a prática das enfermeiras não pode ser resumida a uma mera falta de sensibilidade ou abertura ao diálogo, isto é, não pode ser explicada apenas pela ênfase histórica no método clínico. É sobre esse aspecto que a etnografia busca se debruçar. À medida que desmembramos a participação de seus profissionais “da ponta” (a figura da EMSI, Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena), descobrimos pessoas nele, cujas ações remetem a uma profundidade temporal, projetos de vida, trajetórias profissionais e estilos de enfermagem, que precisam ser problematizados em vistas à construir uma atualização das práticas de enfermagem e sua colaboração na produção cotidiana de ações em saúde entre os povos indígenas.

*

A enfermeira cuja interlocução se realizou durante a primeira etapa do campo se apresentava, entre outras coisas, particularmente ressentida no tocante aos partos, porque as gestantes dificilmente acionavam o Posto de Saúde nesses casos. Malu reclamava constantemente disso, porque além de perder a oportunidade de pôr em prática sua especialização como enfermeira obstétrica, ela dizia que os Munduruku só a chamavam quando o parto estava demorando demais para acontecer, isto é, numa situação emergencial. Acompanhei algumas situações de nascimento em que Malu foi acionada. Buscarei focar não apenas a descrição do momento do parto, mas a forma

¹³² A situação etnográfica central ao presente capítulo é a diferença de perspectiva entre as duas enfermeiras acompanhadas na aldeia. A constituição e reconhecimento local de diferentes perfis de enfermagem, um administrativo e outro assistencial, nos ajudarão a compor as diferentes percepções sobre as enfermeiras e as preferências expressas pela coordenação local do DSEI, de um lado, e pelos Munduruku, de outro.

como a enfermeira abordou a situação, as observações e reclamações que fez no momento e seus comentários posteriores. Entretanto, as principais razões para privilegiar o atendimento as situações de parto são: 1) por sua evidente conexão com os cuidados materno-infantis que conformam uma linguagem através da qual as acusações aos Munduruku eram frequentemente tecidas, 2) por sua relação com a trajetória profissional que Malu buscava valorizar, 3) por facilmente ser considerada uma emergência pelas enfermeiras, cuja temporalidade reduzia os espaços de diálogo com os Munduruku.

Assistência ao Parto I. Estávamos no Posto de Saúde quando Malu foi avisada que uma criança tinha acabado de nascer na casa de um dos caciques. Ela me comunicou que iria até lá prestar assistência. Quando chegamos ao local, a moça, Marta, encontrava-se ao lado de sua mãe, Ana, que era quem a tinha auxiliado em seu trabalho de parto. Ela havia dado à luz um menino e enquanto o recém-nascido estava numa rede próxima sendo observado pela avó, Marta estava sentada num pedaço de pano, no chão, voltada para a parede. O ambiente estava silencioso. Malu pediu para ver como estava seu sangramento vaginal e perguntou se a placenta já havia sido retirada. Ana confirmou que sim. Malu, então, pediu para Marta levantar e sentar-se na rede, o que ela fez também com a ajuda de sua mãe. A enfermeira pediu ao AIS Mino que pesasse o bebê logo, pois ela estava achando seu tamanho muito pequeno. Entretanto, a criança nascera com 2,4 Kg e 47 cm de altura, considerados normais segundo a tabela utilizada pelos profissionais de saúde, recomendada pelo Departamento de Saúde Indígena da FUNASA. O resultado auferido não recebeu nenhum comentário da enfermeira. Averiguaram, ainda, a medida do crânio e do tórax do bebê. Malu aconselhou que a mãe sentasse para amamentar naquele momento, pois isso ajudava a estancar o sangramento. Em seguida, aplicou um antibiótico que, segundo me explicou, era usado para prevenir possíveis infecções e chamou minha atenção para o pano sujo no qual o bebê estava enrolado. Mino voltou ao Posto porque havia esquecido o carimbo para registrar o pé do bebê e a digital da mãe no prontuário. Malu utilizou uma espécie de pregador descartável no cordão umbilical do bebê que, na verdade, já estava cortado e amarrado com linha de costura. Malu aconselhou que o bebê deveria continuar mamando nos próximos 15 minutos por causa do sangramento e comentou que ele “pegava bem o peito”. O outro filho de Marta, de dois anos, chegava a toda hora perto da rede para ver o bebê. Malu logo perguntou se era filho dela e se havia mais. Eram apenas os dois, mas

Malu comentou “Meu Deus do céu...”. Depois de aplicar o antibiótico na moça, a enfermeira encerrou o atendimento e foi embora.

Assistência ao Parto II. Eram doze horas quando um rapaz veio ao Posto de Saúde chamar Malu e relatou que sua mulher estava com dores desde o dia anterior, mas ainda não havia parido. Malu levantou-se reclamando e pegou o instrumento para ausculta no interior do útero, Pinard, o soro fisiológico, antibióticos, pôs tudo numa bacia e pediu para o rapaz carregar. Chegamos à casa e as crianças ansiosas na porta nos olhavam com curiosidade. Entramos num quarto abafado. A mulher estava recostada numa rede, bem próxima ao chão, seu corpo estava virado para a parede e ela mantinha-se em silêncio. Havia também um pano no chão a sua frente. A mulher era assistida por sua mãe e por uma parteira bem conhecida na aldeia. As crianças entravam e saíam do quarto sem parar e as mulheres gritavam para elas pararem. Num momento, Malu saiu para buscar luvas, que havia esquecido no Posto. Quando retornou, se pôs a dar várias instruções. Primeiro, pediu para que a moça só fizesse força quando sentisse dor, em seguida pôs luvas para fazer um toque vaginal. Ela recorreu à ajuda das duas senhoras para abrir as pernas da gestante, que mostrava sinais de reprovação pelo procedimento. O toque gerou uma contração uterina. Malu já aventava a possibilidade de levá-la ao hospital, mas percebeu durante o exame que a cabeça do bebê já estava bem próxima e faltava apenas ‘meio dedo’ para a completa dilatação. A enfermeira sugeriu por duas vezes levá-la para o Posto de Saúde, o “lugar apropriado” para aquele procedimento, mas ninguém se manifestou sobre o tema. Enquanto a enfermeira esteve fora do quarto, notei que a mulher fazia movimentos por iniciativa própria, se levantava da rede, segurava o parapeito da janela e se acorava. Às vezes, sussurrava algumas palavras em tom queixoso, as senhoras logo a respondiam, mas o diálogo era mínimo. Depois de ser chamada discretamente pela moça, a parteira sentou-se na rede em que a mulher estivera recostada e a segurou embaixo dos braços e por trás, enquanto a mesma aproveitava o apoio oferecido e se acorava próxima ao pano. Eu estava atrás de todas elas e só pude ouvir o choro do bebê nesse momento. Malu estava perto da porta quando se surpreendeu com o som do recém-nascido e rapidamente se agachou e desenrolou o cordão umbilical que estava em volta do pescoço da criança. Malu me pediu para buscar uma tesoura para cortar o cordão umbilical. As mulheres também saíram correndo atrás de uma. Eu procurei nos locais indicados pela enfermeira, mas achei apenas uma tesoura sem fio que, certamente, não serviria. Levei mesmo assim, mas as mulheres já haviam cortado o cordão com uma tesoura da casa. Logo depois, o bebê foi pego no

colo pela avó materna que o envolveu num pano branco e falava com ele docemente. Malu olhou a cena e enfatizou que precisava cobrir o bebê porque eles sentiam frio ao nascer. O menino, apesar do cordão enrolado em seu pescoço, nasceu respirando bem e Malu apenas destacou que o cordão estava enrolado, mas quando viu o bebê não disse nada sobre sua aparência. Como da outra vez, aplicou um antibiótico na mãe, e comentou que era para prevenir infecções decorrentes das “condições pouco higiênicas nas quais as mulheres parem na aldeia”. Em seguida, aplicou uma injeção para interromper o sangramento. Mas, ainda faltava retirar a placenta. Malu observou que a mãe já estava agachada retirando a placenta com as próprias mãos. De luvas, ela pedia para deixá-la fazer porque assim a placenta ia ficar toda “quebrada”. Ela queria, inicialmente, que a mulher deixasse a placenta sair naturalmente, mas como não foi ouvida em seu conselho resolveu interferir. Este foi o único momento em que a mulher gritou durante o trabalho de parto. Com a placenta no chão, Malu me pediu para abrir um soro e avisou que iria lavar a região da vagina. Em seguida, a enfermeira pediu um pano para acomodá-la na rede e recomendou que o bebê começasse a mamar logo. Apontando para a placenta, Malu olhou para as mulheres, a parteira e a mãe da moça, e declarou: “vocês vão cuidar disso né?”. Com essa fala, ela encerrou a assistência e voltou ao Posto de Saúde.

Posteriormente, a enfermeira usou o último caso para comentar: “Está vendo? Elas só chamam a gente quando está nascendo. E aí, se acontece algo, não resolve não, para você ver?!”. Frisou que aquela parteira era muito ruim porque deixava “a vagina das mulheres rasgada”. O que a deixava indignada, no entanto, era que as parteiras tradicionais tinham o aval das mulheres para fazer isso, mas se “a gente (profissionais de saúde) tocar nelas, elas gritam”. Por fim, ela atribuiu a si o sucesso daquele parto porque retirou o cordão que estava enrolado no pescoço da criança ao nascer. Reparou que a parteira estava com as unhas pretas e enormes, cheias de terra e emendou: “Um nojo. Só Deus sabe como elas não pegam uma infecção.” Mas apontou que havia uma parteira melhor do que aquela na aldeia, a mãe de um dos AISs com quem trabalhava.

Esses dois casos desvelam as sutis conexões que ocorrem na prática entre o método clínico e a forma acusatória na qual as mulheres Munduruku são abordadas. O discurso da higiene atrelado à falta de recursos ao atendimento se mescla a críticas quanto às decisões tomadas pelas mulheres que, nesse caso não estão doentes, mas estão ‘sob risco’. A ironia e o desprezo foram os sentimentos evocados pela enfermeira no momento de classificar o comportamento das mulheres. Elas, por outro lado, buscavam

ignorar essas falas, não respondendo àquilo que poderia gerar a explicitação do conflito, como no pedido da enfermeira de que todos se transferissem para o Posto de Saúde. Malu, além disso, se apresentava particularmente incomodada com o calor do local, com a forma como teve que se agachar para realizar os procedimentos, pela avaliação de que o lugar – e não apenas a alegada sujeira contida nele – era inadequado. A rede, o pano usado para enrolar o bebê, a forma como a mulher retirava sua própria placenta, as unhas pretas da parteira, compunham índices de sujeira e de conduta, ao mesmo tempo. Assim, mais do que a noção de método clínico e de perspectiva higiênica, podemos ver a forma prática na qual essas noções eram utilizadas e a forma como estruturavam a relação entre Malu e as mulheres. O parto hospitalar que a enfermeira havia aprendido em sua formação era realizado não apenas num local “desinfetado”, mas dentro de uma espacialidade própria: com macas, instrumentos, luzes e, principalmente, num espaço onde a circulação do profissional de saúde é privilegiada, o acesso às partes do corpo do paciente estão facilitadas a sua prática e onde as decisões, por conseguinte, são direcionadas àquele que domina o método e o espaço: o profissional de saúde.

Atividades domésticas: um estilo de vida na aldeia

Outro aspecto da vivência em aldeia para Malu era a maneira como agenciava os afazeres domésticos como limpar a casa e cozinhar. A limpeza era uma frequente fonte de conflito com as técnicas de enfermagem. Os parâmetros do que estaria limpo ou sujo entrava como um índice de disputa entre a enfermeira e as técnicas de enfermagem de novamente tendo como referência os Munduruku. Como Malu sempre gostava de dizer, era preciso *dar o exemplo para eles* e limpar a casa todos os dias, senão, “como poderia cobrar deles depois?” Mas, além disso, os afazeres domésticos eram também atribuídos a alguns Munduruku pela enfermeira. Malu costumava receber peixes e outros alimentos dos Munduruku quase diariamente. Ela não apenas os aceitava, mas comumente dava outros alimentos em troca como biscoitos e arroz. Os peixes que ganhava, Malu repassava para Vânia, que morava ao lado da casa do Posto, para que ela assasse junto com seus peixes. Vânia costumava trabalhar para o casal de missionários, cuidando da casa e de seus filhos pequenos quando eles estavam na aldeia. Malu recebia de volta os peixes assados e os comia com farinha e pimenta, um gosto compartilhado com os Munduruku, que raramente comiam peixe com arroz e/ou feijão como era costume entre os “brancos” na aldeia. Havia também um agenciamento particular de

Malu ao produzir diferenciações como essas em relação às outras profissionais de saúde. Comer os alimentos que os Munduruku comiam e da forma como mais apreciavam comê-los era, no contexto das disputas com outras profissionais de saúde em torno do significado do atendimento de saúde nas aldeias, um capital. As diferenças construídas através dessas experiências domésticas eram cruciais para entender a posição de Malu no interior da EMSI. Uma postura muitas vezes autoritária, como a de chamar o pólo de “seu” ou recriminar os Munduruku por “não cumprirem” as suas recomendações em torno da prevenção de doenças se entrelaçava com esses aspectos do compartilhamento de gostos que produziam um distanciamento do comportamento de outras enfermeiras cujo estilo de vida na aldeia era baseado em excepcionalidades: o uso de roupas que cobriam todo o corpo, comidas enlatadas, porções individuais de refeições, dificuldade, má vontade ou receio de trocar com os índios davam o suporte de uma experiência compreendida por sacrifícios pessoais.

Em conversas informais com Malu, estabelecidas no cotidiano dessa casa anexa ao Posto de Saúde, ela me falara de suas motivações para aquele trabalho. Como sempre havia gostado da área de saúde, entrou na faculdade sem dúvidas. Além disso, natural de Santarém, ela afirmava que morar em cidades grandes como Belém, por exemplo, era algo que não lhe passava pela cabeça, pois tinha medo do tamanho, da quantidade de pessoas, das ruas, enfim, do cenário urbano caótico sugerido sobre esses locais. Certa vez, quando estávamos num fim de tarde conversando com um dos caciques, ela comentou que gostaria de tentar trabalhar em Roraima com os Yanomami. Achando aquela informação distinta de minha experiência com profissionais de saúde até então, perguntei o porquê. Ela não deu uma resposta específica sobre os Yanomami, mas mencionou que tinha vontade de conhecer a região.

Na primeira semana de convívio na aldeia aconteceram diversos eventos significativos para a compreensão do cotidiano de assistência estabelecido pela enfermeira. Num dia à tarde, Malu trouxe até mim, na casa anexa ao Posto de Saúde, um bebê de um ano e meio que, segundo me contou, havia ficado internado por cinco meses em Itaituba fazendo tratamento contra desnutrição e fora um dos primeiros casos graves dos quais cuidou quando assumiu aquele Pólo-Base em 2007. Malu me pediu para segurar o bebê enquanto lhe preparava um banho e um mingau. A menina usava um vestido amarelo com bordados. Malu enfatizou que ela havia ganhado bastante peso nesses cinco meses de internação e parecia muito bem. A enfermeira demonstrava estar feliz pela recuperação da criança e enquanto lhe dava banho me pediu que tirasse uma

foto daquela cena¹³³. Entretanto, para Malu o problema do bebê era familiar. Mesmo sendo das poucas crianças que apareciam no Posto de Saúde trajando roupas novas, como notei posteriormente, a enfermeira acusava a mãe adotiva da menina de não oferecer os devidos cuidados. Ela contou que a menina estava sendo criada por uma família que não lhe dava atenção suficiente, pois a mulher que a “pegara para criar” estava em plena fase de amamentação de seu próprio bebê recém-nascido e não estaria sobrando leite e cuidados adequados para a menina que, por essa causa, havia ficado desnutrida. Disse também que acabara de encontrá-la “largada na rede e molhada de xixi” e que, segundo a mãe, ainda não tinha comido no final da manhã. Como já eram 13hs, Malu decidiu levá-la à casa do Posto para lhe dar banho e comida. No entanto, depois do banho, a menina não aceitou o mingau. Malu se limitou a dizer que ela devia ter comido então. Tentou pô-la para dormir na rede, mas a menina não quis. Levou-a para o Posto e voltou novamente com o bebê comentando que a mãe ainda não tinha vindo buscá-la, mas logo depois chegou a mulher para buscar a criança e o vestido que Malu havia se esquecido de recolocar no bebê após o banho.

Segundo a enfermeira, a história de sua chegada àquele Pólo-Base teria a ver exatamente com casos envolvendo crianças dessa faixa etária. A aldeia teria enfrentado números de óbitos alarmantes entre crianças de zero a cinco anos, em torno de dezessete, durante a passagem da última enfermeira, já desligada da FUNASA. Isso teria motivado a coordenadora na época a deslocar para a aldeia uma enfermeira “mais experiente”, que pudesse reverter esse índice. Malu contava com orgulho que desde o início de seus trabalhos, a única criança que morreu fora atingida acidentalmente por um raio. Essa forma de assistência, marcada pelo discurso da intimidade sobre a realidade das famílias Munduruku e sobre as histórias que a enfermeira acompanhava pessoalmente constituíam a própria identidade de Malu. Esse cuidar engajado no cotidiano na aldeia era usado como repertório através do qual a mesma buscava se diferenciar de outras enfermeiras, constituindo uma competência que extrapolava a do método clínico.

¹³³ A foto era um pedido pessoal, de modo que não a utilizarei em nome da preservação da identidade dos sujeitos da pesquisa conforme combinado anteriormente no momento da negociação do trabalho de pesquisa.

Palestras na aldeia: as imbricações de uma forma de poder situada entre cuidar e administrar

Tive oportunidade de assistir a um conjunto de palestras ministradas pela enfermeira na semana inicial de convívio. Assim como acontecera com outras interlocutoras em campo, este foi um período que reuniu muitos elementos considerados importantes pela própria enfermeira ao me apresentar seu trabalho. Essa forma de iniciar a relação de interlocução com os sujeitos da pesquisa viria a se repetir sistematicamente, ensejando a noção de que a interlocução passava necessariamente por uma construção dos lugares de fala, tanto meu quanto do outro. Ao propor para esses profissionais realizar uma pesquisa sobre os aspectos do atendimento cotidiano, o retorno que me era oferecido girava em torno da manifestação das perspectivas sobre o trabalho, criando oportunidades de interlocução, seja na forma de reclamações, acusações, explicitação de rumores sobre o próprio trabalho e, ainda, conselhos, dúvidas e sugestões sobre a pesquisa¹³⁴. Assim, as profissionais de saúde situavam minha forma de participar, ao mesmo tempo em que expunham seus pontos de vista, sendo partes de um mesmo processo. Foi exatamente nesse contínuo jogo de apresentações, perguntas, respostas e acompanhamentos que minha presença se delineou¹³⁵.

Durante a primeira semana, então, Malu combinou com os professores um intervalo nas aulas para que pudesse dar uma palestra cujo tema seria dividido em três tópicos: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Prevenção ao Câncer do Colo de Útero (PCCU) e higiene. Para dar as palestras, a enfermeira convocou um dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para realizar a tradução de sua fala. No entanto, não me foi possível saber o quanto havia sido entendido de maneira explícita porque a enfermeira, sistematicamente, não demonstrava qualquer preocupação a esse respeito. Tanto que, na

¹³⁴As sugestões sobre a pesquisa versavam predominantemente sobre a “crença dos/nos pajés”. Esse era o lugar do antropólogo imaginado, que se referia ao Outro, apartado das relações com os profissionais de saúde que se anunciavam como meros “executores” de seus trabalhos. Essa dicotomia entre a prática médica e a representação sobre a doença nos remete a uma reflexão histórica sobre a relação entre Epidemiologia e Antropologia, na qual Menéndez (1998) pontua a diferença na lógica de produção dos dados entre ambas disciplinas e destaca que o próprio conceito de descrição deve ser problematizado, entre os profissionais de saúde, como parte da compreensão do ponto de vista antropológico.

¹³⁵Nesse sentido, a garantia de anonimato na pesquisa estava situada além dos preceitos éticos que eu formalmente apresentava no momento inicial. Como no debate apresentado pela coletânea “Antropologia e ética. O debate atual no Brasil”, organizado por Victora, Oliven, Maciel & Oro (2004), a questão da confiança desenvolvida entre pesquisador e pesquisado sustentava na prática a noção de garantia para minhas interlocutoras, ao mesmo tempo em que ensinava as falas sobre as dificuldades enfrentadas no trabalho através das quais se construiu a interlocução. Para uma resenha crítica da coletânea citada, ver Dias da Silva (2005).

ocasião citada, a enfermeira deu a primeira palestra prescindindo da tradução porque o AIS se atrasou¹³⁶. Quando este se fez presente a tradução era realizada sempre ao final de uma longa exposição e sem uma organização que previsse o tempo e espaço necessários para a elaboração desse trabalho que costumava ser apontado, especialmente pelas enfermeiras, como a principal tarefa de um AIS, ou seja, permitir a comunicação entre os profissionais de saúde e os Munduruku. Contudo, a questão lingüística era pouco reivindicada como limite à comunicação, apesar do bilingüismo ser raro entre as mulheres, crianças e adolescentes – parcela da comunidade mais observada e orientada pelos programas de saúde. A primeira observação sobre as palestras é que estas se configuravam como uma faceta do atendimento na qual os AISs não eram solicitados a prestar uma assistência tão intensa à enfermeira, pois o conjunto de informações a ser disponibilizado fazia parte, justamente, da orientação que os AISs deveriam fazer circular na aldeia através das visitas. Aqui, portanto, havia uma verticalização das orientações de prevenção à saúde através da hierarquia no interior da equipe de saúde que determinava a forma de participação do AIS como multiplicador das informações apreendidas pelos cursos de formação ministrado pelas enfermeiras. Contrariamente, o ato de prescrever e o ato de consultar propriamente ditos conformavam situações em que a participação do AIS era mais acionada pela enfermeira, só que no sentido da prestação de uma assessoria pontual: ministrando as medicações, coletando amostras de sangue, limpando. Novamente, a tradução aparece como uma questão secundária à realização das habilidades da enfermeira, que parece ignorar se suas recomendações aos doentes estão sendo entendidas, atribuindo essa responsabilidade ao AIS e, note-se, num contexto em que ela, enfermeira, está ausente: durante as visitas. A tradução, portanto, aparecia como uma divisão do trabalho e não como um instrumento de diálogo.

A estratégia de apresentação da enfermeira seguia uma lógica específica: em primeiro lugar, era dado um alerta, através da explicitação das imagens de sintomas físicos de DST ou da composição de um índice de contaminação. A noção de alerta era fundamental para o estabelecimento da gravidade da situação que a enfermeira enunciava através da visualidade da doença e da centralidade que a manifestação do

¹³⁶ Os professores não-indígenas ministravam aulas em português para os alunos sem qualquer tipo de tradução também, exceto nas classes de alfabetização e de alunos idosos, cujas aulas eram necessariamente dadas por professores Munduruku.

sintoma assumia na prática discursiva de enunciar e descrever as doenças¹³⁷. Em seguida, a enfermeira construía uma orientação ao comportamento das pessoas. Esse modelo retórico, reconhecido por Foucault (2004a) como uma das etapas de formação da medicina social¹³⁸, nos permite compreender a imbricação entre cuidar e administrar. No caso das enfermeiras, a noção dos cuidados de enfermagem no contexto da saúde pública não fugia a essa premissa histórica, sendo, portanto, constituída tanto pelo poder do olhar clínico, no ato do atendimento, quanto pelo caráter pedagógico envolvidos nas atividades cotidianas de alertar e prevenir. Essa composição do trabalho de enfermagem unia o aspecto do saber clínico aplicado à tarefa educadora e orientadora que, sempre junto com a valorização da produção de diagnósticos no modelo da consulta clínica, emergia como parte do trabalho da enfermeira.

Assim, a palestra era tomada como suporte e extensão do método clínico: as imagens e os enunciados eram o meio de evidenciar o risco como forma de demonstração do objeto do saber clínico. Além das imagens, os indicadores de saúde constituíam o segundo suporte da atuação da enfermeira nesse espaço escolar onde se realizavam as palestras. No caso dos indicadores, eles também tinham a capacidade de tornar específica a relação entre a enfermeira e os Munduruku, na medida em que através destes a enfermeira elaborava uma aproximação da realidade social do grupo populacional, tornando o próprio grupo objeto de um saber mediado pela clínica e pela epidemiologia, como veremos a seguir.

¹³⁷ Sabemos que, para Foucault (2004b), a construção do olhar clínico é um processo histórico que atravessou os séculos XVIII e XIX. A principal mudança referida por ele nesse processo foi que o mecanismo de transmissão das verdades deixou de ser do tipo dogmático e voltou-se para a experiência do olhar que descobre, em vez de apenas constatar. A mudança dessa forma de registrar e enunciar a “evidência” anunciou uma nova temporalidade do modelo clínico de atendimento na qual a morfologia, a parte visível, continuava a ser o objeto do saber clínico por excelência, só que vinculado ao poder de decisão e intervenção do profissional de saúde responsável pelo diagnóstico sobre aquilo que não se vê. “É nesta passagem, exaustiva e sem resíduo, da totalidade do visível à estrutura de conjunto do enunciável que se realiza finalmente essa análise significativa do percebido (...) É a descrição, ou melhor, o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual. E é aí que se estabelece, pelas virtudes espontâneas da descrição, o vínculo entre o campo aleatório dos acontecimentos patológicos e o domínio pedagógico no qual estes formulam a ordem de sua verdade.” (Foucault, 2004b:125).

¹³⁸ Em *Microfísica do Poder*, Foucault (2004a) se dedica a uma genealogia da medicina social através da junção de três formas de praticar a medicina nas sociedades alemã, francesa e inglesa: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. Tomando essa divisão como recurso teórico, uma vez que as imbricações entre elas atualmente não nos permite uma análise “setorizada”, a medicina de Estado seria a etapa que reúne maiores semelhanças com o caso em tela, uma vez que foi nesse momento em que a epidemiologia foi adotada como uma ciência do Estado, se tornando o mecanismo fundador da lógica de administrar a saúde, para além da noção de cuidados interpessoais. A epidemiologia permitiu à medicina adquirir um estatuto de ciência e uma capacidade de produzir dados que classificam grupos sociais enquanto grupos populacionais, descrevendo sua realidade, mapeando comportamentos e engendrando necessidades de mudança.

Malu prosseguiu na construção do alerta dando algumas referências estatísticas dos Munduruku em relação aos programas de saúde que estavam sendo abordados. No caso do PCCU, a percentagem de mulheres participantes estava muito aquém do esperado naquele Pólo-Base. Das quatrocentas mulheres, apenas 20% tinham feito o exame anual. Malu explicou, entretanto, que estava havendo confusão sobre o exame porque todas as vezes que era feito um chamado para a realização das coletas de amostras individuais, as mesmas mulheres apareciam. Malu frisou que o exame deveria ser feito em todas as mulheres uma vez por ano, e não várias vezes nas mesmas mulheres e enfatizou: “esse não é como a vacina, que toma várias vezes ao ano. Esse é uma vez só.” Assim, o número de contempladas pelo programa não iria aumentar e o índice percentual continuaria baixo. Essa explicação da enfermeira, entretanto, não se conectava à razão prática que o índice denotava, ou seja, de que era preciso alterar o comportamento geral em relação à prática de exames. O índice de mulheres que não compareciam ao exame anual era um signo cuja principal qualidade era explicitar a conduta dessas mulheres para, a partir daí, produzir um julgamento em potencial sobre diversos outros temas da assistência cotidiana à saúde indígena.

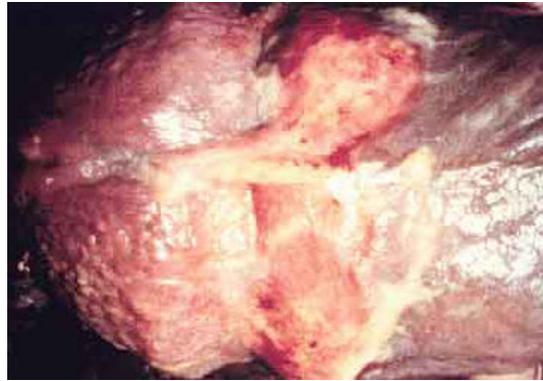
As Doenças Sexualmente Transmissíveis também foram abordadas por Malu a partir de um alerta visual seguido da apresentação de um índice, cuja validade era dada na própria fala da enfermeira uma vez que nenhum dado oficial foi formalmente apresentado. A enfermeira apenas destacou que o índice de contaminação por DST estava aumentando muito entre os Munduruku, cerca de 90%, e em seguida, passou às explicações dos sintomas com a exposição de fotos das genitálias feminina e masculina nas quais estavam retratados a manifestação física de sintomas do HPV (Vírus do Papiloma Humano), sífilis, herpes genital, tricomoníase e cancro mole¹³⁹. Abaixo, podemos ver algumas das imagens usadas como material educativo na palestra:¹⁴⁰

¹³⁹ Não foram dadas informações referentes a AIDS. Segundo Malu me explicou posteriormente, não havia estatísticas sobre os Munduruku a esse respeito, mas ela achava que casos de infecção pelo vírus HIV “certamente deviam existir, principalmente na cidade”. Nesse sentido, a informação sobre os Munduruku prescindiam dos próprios dados, ora desconhecidos. A associação a um comportamento de risco já conformava um índice sobre a doença.

¹⁴⁰ As fotos em questão foram retiradas da página da biblioteca virtual do Ministério da Saúde (www.bvsms.saude.gov.br) e constitui material idêntico ao usado pela enfermeira na ocasião. Acessado em 08.10.2010.



HPV



Cancro Mole

A explanação sobre os sintomas adicionais e invisíveis, como dores, cheiros e sensações corporais diversas, como febre, por exemplo, era construída em conjunto e de maneira secundária às imagens, cujos significados se delineavam por meio de um ícone (foto da genitália) duplamente relacionado ao objeto ao qual se remete: um que denota o perigo em relação à doença e outro que denota a necessidade de preservar-se, de prevenir-se. As imagens possuíam, portanto, a força icônica de representar o patológico. A causa das doenças, nesse caso, era muito menos importante do que sua forma de transmissão. Era mesmo dispensável, pois não constituía com a mesma intensidade e força o argumento do perigo nem o da prevenção. Em seguida, a enfermeira procedeu a uma análise de comportamento calcado na forma de transmissão das doenças, inclusive porque é o que as une num mesmo grupo referenciado pela sigla DST. Associando o consumo de bebidas alcoólicas ao contexto de uso na cidade, em bares ou cabarés, a enfermeira apontou ser esse um grande problema próprio da realidade dos Munduruku. Embriagados na cidade, eles praticariam sexo sem preservativo e, em decorrência disso estavam contraindo DST. Ela encerrou esse bloco da apresentação equiparando o número percentual de coleta do PCCU, 20%, com o número percentual do aumento dessas DST entre os Munduruku, 90%. Colocando ambos lado a lado ela apontava e dizia: “eu quero apagar esse número aqui, eu quero que esse desça e aquele aumente. Eu quero que eles troquem de lugar.”

A primeira colocação sobre higiene partiu da observação de que o inverno amazônico estava começando e, com ele, grandes índices de contaminação por doenças relacionadas à água do rio como a diarreia e as verminoses. Ela lembrou a recente instalação da bomba d'água que agora teria um reservatório de água limpa para abastecer toda a aldeia, o que ajudaria a diminuir esses índices durante o inverno, quando as chuvas são diárias e mais intensas e todo o tipo de sujeira produzida na aldeia, principalmente os excrementos das pessoas e dos cachorros, contaminavam o rio. A ideia de que os Munduruku defecavam próximo à beira do rio não tinha uma conexão específica com o cotidiano da aldeia, mas fazia parte de uma retórica ampla e comum à “realidade de populações ribeirinhas”, categoria na qual os Munduruku eram absorvidos a título de classificação dos riscos de doenças relacionadas ao consumo de água não potável, mas não havia um diálogo com os Munduruku sobre suas condutas em relação a isso. Tudo se passava como se a alta ocorrência de verminoses determinasse a evidência de um comportamento a ser modificado. Nesse aspecto é que o saber clínico da enfermeira, capaz de associar doenças a condutas, se relacionava aos usos sociais da experiência profissional entre as “populações indígenas”. Aqui, o sujeito da ação é percebido através do repertório de doenças que apresenta e as verminoses eram sempre associadas pelas enfermeiras à falta de higiene e falta de cuidados materno-infantis. Vale nota nesta fala o lugar secundário (quase invisível) atribuído às condições materiais de saneamento na aldeia.

Dentre as outras providências a serem tomadas pelo DSEI para tratar a ocorrência de verminoses, a enfermeira lembrou que, em breve, o primeiro Agente Indígena de Saneamento (AISAN) estaria habilitado a cuidar da água nas casas, colocando cloro no reservatório geral regularmente e orientando sobre como proceder com o lixo produzido pelas famílias, que deveria ser varrido, retirado dos arredores da casa e queimado. A enfermeira encerrou sua palestra conclamando a participação das mães para uma segunda dose de vacinas contra a gripe nas crianças de zero a cinco anos, pois no inverno era preciso tomar muito cuidado com as crianças nessa faixa etária para que não contraíssem pneumonia. Sobre as práticas corporais relacionadas à higiene, entretanto, apenas destacou que seria bom “se você tomar banho todo dia, de manhã, de tarde, de noite, se você limpar a sua casa, se você acabar de comer, varrer, pegar, colocar no local o lixo”.

Havia nessas recomendações comentários muito gerais e marcados por um vazio sociológico, que não faziam sentido para o cotidiano dos Munduruku, pois tomar banho

três vezes ao dia era um hábito propriamente deles. Além disso, não havia nenhum “local” para o lixo e limpar a casa fazia uma referência única ao ato de varrer, algo já praticado regularmente pelos Munduruku. É importante perceber que as práticas corporais envolvidas no processo do adoecer eram tomadas como evidência das doenças manifestadas, destacando-se apenas as formas de contágio e os índices que deveriam “subir ou descer”. O fato dessa parte, as práticas corporais, ter sido apenas mencionada como índice reforça o argumento geral de que o método clínico promove uma leitura lógica do risco, mas redutora e insuficiente da realidade. Entretanto, é fundamental reconhecer que o desconhecimento sobre as práticas corporais dos Munduruku não era acidental ou fruto da “insensibilidade” das enfermeiras. A omissão desse tipo de informação específica promovia o espaço necessário para que as condutas se fixassem, *a priori*, como uma conseqüência do perfil epidemiológico projetado para aquela população. Ao fim da palestra, como era de se esperar, não houve nenhum tipo de pergunta ou interação com os ouvintes, sendo as “representações” dos Munduruku sobre as doenças antecipadas e projetadas residualmente na relação entre o saber clínico e os índices epidemiológicos.

É nesse sentido que a relação entre cotidiano, saúde e política nos interessa. Através do escrutínio de situações de interação como as palestras, podemos chegar à análise das práticas das enfermeiras sobre as “representações” dos Munduruku, que resultariam da maneira como a epidemiologia e o método clínico se relacionam¹⁴¹ e o que podem nos oferecer ao entendimento dos valores e orientações que conformam a perspectiva das enfermeiras sobre o atendimento no contexto de um Distrito Sanitário Especial Indígena, cuja forma de gestão pressupõe a utilização de dados epidemiológicos e a construção de perfis populacionais. As ações de educação em saúde se inseriam na passagem entre a lógica de produção do dado na epidemiologia, no nível da administração em saúde, e a forma de relação implementada pelo método clínico de produção de diagnósticos, no nível das interações cotidianas. A perspectiva biológica, portanto, não sustenta sozinha a forma de atuação das enfermeiras. É preciso ir além das explicações em torno da causalidade das doenças para compreender o modo como a prática da assistência à saúde se estabelece. Nesse sentido, Menéndez (1998) chama atenção para o fato de que a perspectiva médica (que não se reduz à biológica) “só vê as

¹⁴¹ Ao analisar as unidades de análise que constituem a epidemiologia enquanto disciplina, Menéndez (1998) ressalta que a causa das enfermidades não está apenas centrada numa perspectiva biológica, mas numa “aproximação a - histórica no que diz respeito ao processo saúde/enfermidade/atenção” (1998;73).

representações e práticas da população como fatores que incidem negativamente sobre sua saúde; as percebem como um saber basicamente a modificar. Além disso, esta perspectiva considera explícita ou implicitamente que a população não usa critérios de prevenção.” (1998:75)¹⁴².

Na percepção de Malu sobre o trabalho a ser desenvolvido na aldeia havia, portanto, alguns aspectos fundamentais relacionados: um estilo de vida doméstico na aldeia, a prática da assistência que priorizava um grupo: as crianças de zero a cinco anos, e que, ao mesmo tempo, engendrava constantes reclamações em torno dos cuidados entre mãe e filho através desse papel educador/cuidador. A atitude marcante da enfermeira na abordagem aos Munduruku era baseada em acusações sobre o comportamento, mas também em assunção de responsabilidade. Malu se dizia responsável pelo “seu” Pólo-Base, pelo “seu” Posto de Saúde. Essa atribuição de responsabilidades dizia respeito diretamente ao atendimento, mas indiretamente e de forma relevante, à produção de indicadores de saúde.

Parte II

O encontro com Silvana

Quando retornei ao campo em 2009 recebi a notícia de que Malu fora transferida para outro Pólo-Base. Estávamos em abril e logo seria dia 19, sendo este o contexto no qual que regressei à aldeia, em meios às comemorações do dia do índio.

Silvana era uma enfermeira recém-formada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) e contratada pelo DSEI há um ano e meio. Residia com sua família em Itaituba, para onde os pais migraram na década de 80, vindos do interior do Maranhão, em busca de ouro nos garimpos do interior paraense. A empreitada com o garimpo logo se mostraria uma aposta pouco rentável e perigosa, motivo pelo qual o pai vendeu a máquina de extração que havia conseguido e abriu um negócio como chaveiro que perdurara até os dias atuais. Durante nossa conversa, Silvana se recordou que viajou no mesmo ônibus que eu em 2008. Consegui recuperar a imagem da moça com uma enorme caixa de papelão sentada na outra fileira de cadeiras ao meu lado. Ela contou

¹⁴² O autor vai além dessa afirmação em seu trabalho, criticando a forma como conceitos desenvolvidos pelas Ciências Sociais como estilo de vida e pela Antropologia especificamente, como etnografia, tem sido usados no interior da lógica de produção do dado epidemiológico de modo a ratificar a busca pela necessidade de alterar comportamentos.

que trabalhara até então num único Pólo-Base, mas chegou a conhecer quase todos os outros através de mutirões que foram realizados em 2008 e 2009. Eram mutirões de quatro enfermeiros, em geral, que iam aos Pólos-Base com fins específicos: para vacinar, colher exames relativos ao programa de Prevenção ao Câncer de Colo do Útero (PCCU) e outros que se encontravam defasados. Silvana afirmava que o modelo de mutirão era o melhor modo de trabalho para cumprir os programas de saúde, gerando um esquema diferente daquele feito entre os “brancos”:

“Entre os brancos você tem aquela oportunidade de aprazamento. Durante o ano você tem uma população de tantas mulheres em idade fértil, digamos que você planeje 50 PCCUs para executar naquela tua área. E do indígena não, como você passa só um determinado tempo na área, por exemplo, 20 dias, que a gente faz 20 dias e 10 de folga, tu tem 20 dias só para fazer aquilo. Uma população como a minha nessa aldeia, é impossível que eu faça todos os programas assim. Não tem como eu fazer esse aprazamento. Até mesmo porque eles são muito nômades. Hoje eu digo que eu vou aprazar o PCCU de uma mulher, amanhã a mulher não está mais aqui, ela já foi passar na aldeia fulano de tal. Então não tem como eu fazer esse aprazamento. Ou eu trabalho em cima de mutirões e depois eu faço a manutenção disso, ou então dificilmente tu vai conseguir atingir toda a população. Eles são mais receptivos a mutirões. Quando eu digo assim: “Vamos fazer um mutirão disso, a população participa em massa”. Quando tu apraza, é mais difícil, a população parece que não..

Antes de ir cumprimentar as outras pessoas na aldeia, percebi que Silvana estava sozinha em casa, com todas as portas fechadas. Reparei também que o Posto de Saúde estava fechado, ao que Silvana informou que não estava abrindo aos domingos. Ela se referiu a sua decisão dizendo que as pessoas na aldeia estavam “mal costumadas com o ritmo do atendimento, não obedeciam aos horários das medicações” e que isso precisava mudar. Emendou que mesmo se as pessoas “estranhassem” no começo, era preciso que se acostumassem.

Ela me ofereceu um almoço que havia preparado. Perguntei se ela não iria comer com as pessoas lá fora já que estavam organizando uma festa, mas ela retrucou que preferia “não se envolver”. Aceitei seu convite para almoçar e depois segui para falar com as pessoas que estavam na festa.

Além de já ter notado uma atitude de isolamento na hora do almoço, a enfermeira, na companhia da uma técnica de enfermagem, passou o resto do dia trancada na casa do Posto de Saúde. Atendia-se uma ou outra pessoa de dentro da própria casa, onde guardavam uma bacia com remédios básicos. A técnica estava

reescrevendo os dados dos prontuários de atendimento nos formulários do consolidado. Por volta das 20hs, quando retornei ao Posto, reparei que a casa estava toda trancada, com pedaços maciços de madeira afixados de uma ponta a outra das portas e janelas. No quarto de dormir a janela não estava fechada, mas havia uma tábua ocultando a visão de quem passava pelo lado de fora e essa abertura na janela era a única entrada de ar da casa. Era tão grande a diferença que encontrei no ambiente do espaço doméstico da casa com relação ao período anterior da pesquisa que, naquele momento, eu me perguntava por que aquelas mulheres estavam agindo de tal maneira. A técnica de enfermagem parecia a mais amedrontada e toda vez que se ouvia passos ao redor da casa, ela olhava em volta com desconfiança. Enquanto jogavam cartas de baralho para passar o tempo, elas torciam para que chovesse e a festa terminasse logo.

Quando tive oportunidade de abordar esse tema diretamente com a enfermeira, quando ela estava terminando de produzir um consolidado sobre vacinas na cidade, algumas semanas depois, perguntei o porquê das trancas e se ela sentia medo:

“É porque lá eles consomem muito bebida alcoólica. Pelo fato de estar próximo da cidade, então eles vivem aqui (cidade), e eles gostam de beber muito lá (aldeia). E você sabe que uma pessoa alcoolizada não responde por ela. E alguns incomodam muito as enfermeiras. Comigo, graças a Deus, ainda não ocorreu. Mas relatos de técnicos que passaram por lá, enfermeira que trabalhava lá, de tentarem entrar no Posto, já invadiram o Posto, de ficarem... enfim, de ficarem perturbando. Eu não achava muito seguro e acabei mandando colocar aquelas travas nas portas e janelas, por que assim eu acho que eu me sentiria mais segura. Mesmo acompanhada a gente ainda não se sente muito segura. Talvez com um homem, quando vai um guarda de endemias, a gente se sente mais segura, porque eles respeitam mais quando tem um homem. Mais por isso mesmo.”

Durante a noite, o AISAN Otoniel¹⁴³ veio ao Posto de Saúde procurando a enfermeira. Silvana perguntou através da janela o que ele queria. Otoniel queria “puxar a luz” para a casa dele durante aquela noite usando o motor de luz dos professores. Silvana respondeu que não queria se envolver, que ele sabia o que estava fazendo. Otoniel ficou um pouco em silêncio e respondeu que ia fazê-lo só por aquela noite, confirmando a ciência de Silvana sobre o assunto. Um pouco depois nós fomos dormir. Esticava minha rede quando ouvi o microscopista Ivo que viera reclamar da luz na casa de Otoniel. Ele disse que não concordava com aquilo e queria saber se a

¹⁴³ Otoniel acabara de concluir seu curso de formação em 2009 e se tornou o primeiro AISAN da aldeia.

enfermeira tinha autorizado. Silvana repetiu que não queria se envolver. Mas Ivo perguntava repetidamente se elas tinham autorizado, se elas tinham deixado, mas Silvana se recusava a usar os mesmos termos que ele – autorizar e deixar – e só dizia que não tinha nada a ver com isso e não queria se envolver. Apenas quando a técnica, num rompante de aborrecimento, disse que não tinham autorizado nada, foi que Ivo partiu. Antes de ir, o microscopista fez questão de frisar que *também* não concordava e por isso mesmo é que as tinha procurado para saber do caso. As duas se mostraram aborrecidas de serem envolvidas no conflito. Refletindo sobre esse incidente, notei que para os dois rapazes (tanto um como outro trabalhavam no Posto de Saúde) não importava a resposta que elas davam a um ou outro, o sentido de ir até lá não era tanto pedir autorização, mas fazê-las participar. O dia seguinte foi dominado por muitos comentários entre os professores e as profissionais de saúde sobre a quantidade de pessoas embriagadas. A festa era percebida como motivo de temor. Apesar das festas sempre terem sido apontadas como um evento para o uso excessivo de álcool pelos profissionais de saúde em geral, era espantosa a diferença de perspectiva da equipe que eu conhecera no ano anterior. Em poucos meses, o lugar deixou de ser percebido como tranquilo e seguro e se tornara violento e hostil. Por outro lado, o que justificava aquela tensão, em suas falas, era a semana dominada por festas e pelo uso de bebidas alcoólicas em grandes quantidades e por grandes coletivos de homens. As profissionais de saúde claramente consideravam que a festa era em si um problema, não havendo qualquer aspecto positivo sobre o evento cuja principal interpretação se resumia ao excessivo consumo de álcool, fomentando um sentimento de medo e uma atitude de isolamento que perduraria durante todo o nosso período de convivência, independente da existência de festividades, pois a reunião das pessoas para beber era o que culminava na atitude de reprovação que se generalizava para os aspectos cotidianos do atendimento.

O cotidiano da assistência: administrando os programas de saúde.

No dia seguinte pude visitar o Posto que permanecera fechado no dia anterior. Silvana havia modificado vários elementos em seu interior, reclassificando o tipo de uso dos espaços através de pequenas mudanças, dentre as quais citarei as principais que demarcam, a meu ver, uma forma de ocupação do espaço distinta da enfermeira anterior. Interessante notar a maneira como esse aspecto estava integrado ao estilo de enfermagem de cada uma das enfermeiras. A sala ocupada pelos medicamentos, e

utilizada para alguns tipos de atendimento, se transformou em local exclusivo de permanência da enfermeira no interior do Posto. Deslocando uma mesa com duas cadeiras para o centro da sala e virada para a porta, Silvana prestava consultas de enfermagem. Havia também um aparelho de nebulização com dois aplicques. Na antesala, o banco que ficava ao lado do rádio foi deslocado para frente formando um cerco com o outro banco, reduzindo o espaço de circulação das pessoas e limitando os usuários do rádio a ficarem em pé enquanto se comunicavam.

Silvana montara também uma escala de trabalho para os AISs, com folgas alternadas de finais de semana. Na escala, cada AIS deveria fazer oito visitas diárias e anotar as informações dos pacientes segundo os programas de saúde que ela estava reorganizando: os hipertensos e diabéticos (conhecido no jargão profissional como hiperdia), Crescimento e Desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos (CD), e o Programa de Prevenção ao Câncer do Colo do Útero (PCCU). Silvana me apresentou cada um dos livros de registro que havia preparado para manter atualizado continuamente. Foi através dessa reorganização do espaço físico do Posto, de seus arquivos e da escala dos AISs que a enfermeira me apresentou seu trabalho. Ela gostava de apontar, nesse sentido, sua experiência anterior de oito meses em outro Pólo-Base, no qual deixara o Posto de Saúde com todos os livros de registro e programas atualizados. Entretanto, naquele caso também pesava o fato de que havia AIS em número maior em comparação à equipe atual. Esse era o parâmetro usado por Silvana ao reconhecer um bom trabalho de enfermagem: arquivos classificados, programas de saúde com informações atualizadas e consultas de enfermagem relacionadas aos programas a serem desenvolvidos. Essa forma de atuar implicava certa relação diária com os doentes na qual a ideia de adesão aos programas de saúde não era problematizada, mas se naturalizava no interior dessa demanda administrativa que Silvana considerava prioritária nas atividades de enfermagem que cabiam às enfermeiras. Desse modo, a gestão da saúde no âmbito da aldeia excluía, a princípio, qualquer possibilidade de mediação de saberes ou práticas uma vez que o diálogo estabelecido pela enfermeira pressupunha uma total adesão às formas de atendimento oferecidas. A não adesão era reconhecida pela enfermeira como falta de cuidado de si. Tudo se passava como se o modo de vida Munduruku fosse a causa dos indicadores de saúde apresentados, deslegitimando tal modo de vida (suas escolhas, seus argumentos, suas visões) e o tornando uma mera consequência de condições de vida precárias que, ao fim e ao cabo, nem eram nominadas (como, por exemplo, a flagrante demora na

instalação de uma bomba d'água para a população da aldeia, que esperou dez anos para utilizar as torneiras construídas em suas casas). Assim, as taxas de morbidade por diarreia e verminose, por exemplo, justificavam por si mesmas a necessidade de intervenção. Traduzidas em condutas individuais como a falta de higiene e cuidado de si, o perfil epidemiológico se tornava uma acusação social contra os próprios doentes e suas famílias.

Silvana comentou sobre sua relação com as técnicas de enfermagem também. Nesse aspecto, ela me lembrou de algo que eu já havia conversado com a coordenadora local do DSEI. Havia, na organização e distribuição das equipes de saúde nas aldeias, uma rotatividade constante das técnicas pelos Pólos-Base em detrimento das enfermeiras. Silvana acrescentou que o objetivo específico era não permitir que a técnica desenvolvesse uma “relação tal com a comunidade que acabasse influenciando na hierarquia do enfermeiro”. A enfermeira reclamou do fato de que as técnicas, pelo tempo de serviço numa mesma aldeia, acabavam se considerando mais experientes que as enfermeiras. Ela apontou que, apesar de desenvolverem uma “perícia grande em área”, lhes faltava o *olhar clínico*, que permitia diferenciar sutilezas durante o ato de examinar pacientes, entendendo exatamente o porquê de aplicar tal medicação e não outra. Vemos que – mais do que a centralidade do olhar clínico – a disputa pelo significado da experiência nas aldeias se constitui para todos os profissionais da saúde indígena, sejam enfermeiras ou técnicas de enfermagem, um elemento indispensável ao acervo simbólico que as identifica com esse nicho de atuação, construindo suas competências próprias: seja através da organização dos programas, no caso de Silvana, dos atendimentos em casa e dos cuidados focados numa certa parcela da população, no caso de Malu, ou do elogio ao improvisado, caso geral às técnicas de enfermagem.

Atendimentos

Durante o período em que a enfermeira Silvana esteve atuando no Posto de Saúde, pude acompanhar algumas de suas consultas. Destaco, dentre as situações observadas, um caso típico de conflito e confusão no atendimento aos Munduruku. O senhor Mateus Karo, de mais ou menos 60 anos, apareceu no Posto reclamando de pontadas no peito e dores de cabeça. A AIS Teresa mediu sua pressão arterial e confirmou que ele era hipertenso e que seus remédios haviam acabado. Foi-lhe entregue medicação suficiente para um mês. Teresa trouxe, então, um documento para a

enfermeira verificar. Era uma solicitação de consulta em Belém para alguém chamado Mateus Waro. Silvana reparou que o sobrenome do paciente estava trocado. Depois, percebeu que Waro e Karo eram nomes que se confundiam com frequência nas anotações dos profissionais de saúde. Como não havia nenhum Waro com o mesmo nome na aldeia, segundo informou Teresa, chegou-se a ideia de que aquela solicitação podia ser mesmo para seu Mateus Karo, mas restava a dúvida. Imaginando que poderia ser ele, seu Mateus relatou que já havia ficado internado em Belém e que os profissionais de saúde daquela CASAI costumavam questionar para os próprios pacientes porque eles haviam sido enviados para lá com “aquele tipo de problema”. Seu Mateus concluiu que se era para ficar longe de sua família e sem nenhum apoio, ele não queria ir. A descrição de seu Mateus era precisa e muito importante ao contexto do diálogo. Afinal, o doente que deixa sua casa, sua família e parte para um local desconhecido onde é recebido como um quase intruso se torna isolado a um nível comparável apenas aos moribundos de Elias¹⁴⁴. O sofrimento contido nessa descrição da experiência de se “internar” na CASAI não fazia parte, contudo, da maneira como a enfermeira enquadrava a necessidade e urgência dos pacientes. Assim, no momento do diálogo, Silvana não deu importância a essa reclamação, sem oferecer qualquer tipo de retorno ao problema concreto apresentado pelo seu Mateus. O senhor parecia desanimado e repetiu que não iria, independente da conclusão a que se chegasse sobre o paciente da solicitação. Não se tratava aqui somente da construção de significados sobre o processo saúde/doença, mas também de um conflito social com base nas relações de poder estabelecidas com os profissionais de saúde graduados, cujo *habitus*¹⁴⁵,

¹⁴⁴ Em “A solidão dos moribundos”, Elias (2001) explora a experiência da velhice enquanto uma experiência social de ‘morte em vida’. O argumento geral do autor nos alerta que: “Muitas pessoas morrem gradualmente, adoecem e envelhecem. As últimas horas são importantes, é claro. Mas muitas vezes a partida começa muito antes. A fragilidade dessa pessoa é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos. Sua decadência os isola. Podem tornar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros. Isso é o mais difícil – o isolamento tácito dos velhos e dos moribundos da comunidade dos vivos, o gradual esfriamento de suas relações com as pessoas a quem eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo que lhes dava sentido e segurança. Os anos de decadência são penosos não só para os que sofrem, mas também para os que são deixados sós. O fato de que, sem que haja intenção, o isolamento precoce dos moribundos ocorra com mais frequência nas sociedades mais avançadas é uma das fraquezas dessas sociedades. É um testemunho da dificuldade que muitas pessoas tem em identificar-se com os velhos e moribundos.” (2001:8)

¹⁴⁵ Bourdieu diria que o *habitus* é capaz de vincular estruturas e práticas por meio da agência do sujeito que, ao mesmo tempo em que incorpora condutas, cria e recria modos de agir baseados num princípio de percepção das experiências ulteriores, como “um sistema adquirido de esquemas geradores” (2009:91). O conceito de *habitus* em Bourdieu se coloca como tentativa de superação das dicotomias entre sujeito e ação, indivíduo e sociedade, ao que se aproxima da ideia de Schutz que define antecipação e tipificação como ações no mundo da vida, a primeira baseada na experiência pregressa (estrutura estruturada para Bourdieu) e a segunda baseada na classificação ou modos de percepção da experiência futura (estruturas

incorporado à experiência da consulta, objetivava a recusa como um problema exterior a este universo dialógico, que quanto mais enclausurado em si mesmo, mais fictício se tornava aos pacientes, desconsiderando os elementos cotidianos do adoecer. Tudo se passava como se a relação entre o itinerário institucional do paciente e trajetória pessoal do doente fossem âmbitos desarticuláveis. O tipo de autoridade que a consulta indexava eficazmente era aquela capaz de converter arbitrariedade em necessidade, nos aproximando da análise de Herzfeld (1992) quanto ao simbolismo das relações ocorridas no interior de processos que podemos denominar de burocráticos, na medida em que como serviço de saúde, as pessoas abordam os profissionais de saúde enquanto agentes do governo.

Após um período de folgas, Silvana retomou o trabalho na aldeia. A data de seu retorno foi marcada por adiamentos sucessivos justificados perante a coordenação por problemas de transporte de Itaituba para Jacareacanga. Mirtes, técnica de enfermagem que já havia completado trinta dias de trabalho, se encontrava muito irritada com a situação. Segundo ela, o corporativismo da coordenadora permitia que as enfermeiras pudessem negociar mais facilmente datas de entrada e saída das aldeias, o que no caso das técnicas sempre rendia “sermões”, sendo considerado “inaceitável” que uma técnica se atrasasse para o início de sua escala ou saísse antes, mas sendo aceitável, por outro lado, que extrapolassem os períodos de permanência estipulados quando solicitadas pela coordenadora. Essa prática era a única capaz de oferecer, do ponto de vista da coordenadora local, o suporte necessário para não deixar os Postos de Saúde “descobertos”, isto é, sem nenhum profissional de enfermagem. Por esse motivo, as técnicas de enfermagem ocupavam uma posição que nenhum outro membro da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena ocupava, isto é, uma posição vigilante que não era confiada ao Agente Indígena de Saúde e nem imposta às enfermeiras. Apesar de seus conhecimentos médicos serem reconhecidamente pouco diferenciados em relação aos AIs, eram as técnicas de enfermagem que se responsabilizavam pelas emergências ocorridas na falta constante e habitual das enfermeiras na aldeia.

Ao retornar à aldeia, a enfermeira Silvana deu continuidade às tarefas de organizar as atividades programáticas de saúde, montar escalas, prestar consultas específicas, sem nunca deixar o espaço do Posto de Saúde. Além disso, ela

estruturantes). A relação entre o ato de antecipar e tipificar é equacionada por Schutz (1979:136) na própria mediação entre a experiência passada e a futura que se dá, portanto, pelo sujeito da ação que age segundo um sistema de relevância criado por ele e através dele. O sujeito é o que constitui o elo, é o que sustenta a unidade das oposições.

constantemente orientava as técnicas de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde e Agente Indígena de Saneamento. A liderança de sua atuação começava na demarcação de espaços no interior do Posto de Saúde e na delegação de tarefas, cobrando resultados e instituindo normas de conduta, inclusive para os doentes e suas famílias. Silvana estava sempre sentada em sua mesa, organizando papéis. Nesse dia em particular, ela buscava os nomes das crianças que ainda não estavam cadastradas no programa “CD” – Crescimento e Desenvolvimento de crianças entre zero e cinco anos.

Na dinâmica de suas consultas, a ordem dos acontecimentos era fundamental¹⁴⁶. Após perguntar como o paciente estava se sentindo com a ajuda do AIS, ela usava os instrumentos disponíveis para atender: termômetro, aparelho de pressão arterial e estetoscópio. Concluída a etapa de exame, ela anotava o medicamento a ser ministrado num pedacinho de papel, entregava ao AIS que repassava à técnica de enfermagem na sala ao lado, onde estava distribuindo as medicações já prescritas nos horários fixados. Ao terminar a lista com os novos nomes das crianças para incluir no programa CD, ela repassou para o AIS e pediu que ele procurasse por aqueles nomes no livro de controle de verminose e deixou o Posto de Saúde. Essa seqüência, mais do que uma rotina de trabalho, possuía uma força ilocucionária, no sentido da definição dada a atos performativos por Austin (1990), através da qual sua legitimidade era construída.

O horário do expediente no Posto de Saúde das 7hs às 18hs era um ponto central nos critérios usados pela enfermeira para organizar seu cotidiano. Ao fim do dia, era comum que chegassem algumas pessoas “atrasadas” para pegar medicamentos ou para se consultar. Em geral, pedidos de remédio para febre eram a principal razão de visitas noturnas dos Munduruku ao Posto. Certa vez em que presenciei essa situação com Silvana, duas pessoas bateram pedindo remédio para febre por volta das 19hs. A enfermeira repreendeu dizendo que “aquilo não era hora de tomar remédio”. Nessas ocasiões, a enfermeira explicitamente deixava que a técnica de enfermagem atendesse, num gesto de reprovação à atitude dos Munduruku por não respeitar o horário do expediente. Na segunda vez, entretanto, Silvana foi atender sozinha e ouvimos que se tratava de um bebê. Mirtes sugeriu que devia ser a Cecília, e relembrou que o resultado do exame da menina tinha acusado malária do tipo Vívax de manhã, mas não havia

¹⁴⁶ Em conversa pessoal com um médico, ao relatar a forma prática do exame corporal, o mesmo destacou que sempre seguia a mesma ordem da direita para a esquerda e de cima para baixo, sem que ele mesmo pudesse justificar tal seqüência. Entretanto, aqueles que rompiam com essa rotina de conduzir o atendimento sem cometer erros eram considerados excepcionais porque superavam o risco de burlar um plano de ação incorporado pela maioria dos profissionais de saúde, pelos menos dos médicos e, no caso em tela, também dos enfermeiros.

remédio para dar, só havia um vidro de Paracetamol e outro de Dipirona Sódica restantes. A técnica demonstrava nessa como em muitas outras ocasiões, ter uma atitude bastante distinta da enfermeira, levantando-se sempre ao ouvir alguém na porta e recorrendo ao Posto de Saúde para buscar remédios ou coletar amostras de sangue sem destacar o horário como um problema. Mirtes buscava justificar suas atitudes frente a própria enfermeira através da descrição da situação de cada pessoa, que geralmente identificava pelo nome. De fato, a atenção da técnica às histórias de cada *pessoa* era oposta a atitude da enfermeira diante de tantos *casos* de atraso. Entretanto, essa distinção nos oferece a chave para compreender a lógica que orienta a atitude da enfermeira ao destacar como parte fundamental de seu trabalho a administração dos programas e da equipe de saúde. A gestão das pessoas, nesse sentido, passava necessariamente pelo distanciamento do sofrimento das mesmas, como forma de gerir a assistência prestada. Isto é, o sofrimento era tratado como algo de âmbito estritamente pessoal e subjetivo, algo com o qual o sujeito tem de lidar por vias paralelas à da assistência em saúde. Podemos dizer que o dilema colocado à enfermeira se assemelha à dicotomia entre *caring* e *competence* (Good & Good , 1993)¹⁴⁷ nos estudos etnográficos sobre a formação médica norte-americana, cujo legado se fez sentir nas escolas de enfermagem no Brasil (Rizzotto, 2008) através da dicotomia operante entre cuidar e administrar (e que se manifestam tanto na esfera hospitalar quanto no campo da saúde pública). No caso da enfermagem, creio que a dualidade se constrói de maneira similar, mas nesse caso a ênfase no cuidar é a que predominaria no imaginário social sobre a profissão. Entretanto, o que as enfermeiras problematizam abertamente em seus cotidianos de trabalho é que o significado de cuidar se transforma e se complexifica através das práticas administrativas cotidianas em saúde. Nesse processo de aprendizagem, o sistema de relevância muda e translada o sofrimento humano, que em geral é a primeira coisa que nos chama atenção quando entramos em contato direto com pessoas doentes, para a competência de objetivar a doença, o que inclui um olhar sobre a população, sobre os corpos sem pele da anatomia, e não sobre as pessoas.

¹⁴⁷ O acompanhamento sistemático de um grupo de estudantes de medicina nos primeiros anos do curso permitiu aos autores perceber a forma como o corpo fora desconstruído e reconstruído pelas aulas de anatomia, do corpo que se movimenta das pessoas ao corpo estático dos cadáveres, ocorre uma mudança na aproximação do médico ao contato com os pacientes que, agora, munidos desses “novos corpos” invertem a lógica da acusação sobre a ‘natural’ insensibilidade dos médicos ao sofrimento alheio. É como se o olhar dos médicos desse às pessoas novos corpos sobre os quais se torna possível construir índices de doenças, produzindo diagnósticos, e ao mesmo tempo, reconhecendo sua humanidade através desse distanciamento.

Good & Good (1993) alertam, ainda com relação a esse dilema, que os movimentos de humanização na saúde¹⁴⁸, ao reincidirem sobre a dita dicotomia para explicar o processo de “desumanização” dos médicos, terminam por reificá-la, validando o sentido da competência como um terreno da reflexão científica em oposição à humanização, como um terreno de reflexão das humanidades. Assim, a busca por reconhecer a dicotomia entre *caring* e *competence*, ou entre o que venho chamando de cuidar e administrar, se engaja, ao mesmo tempo, na sutileza de não torná-las categorias que passem a fornecer os quadros explicativos sobre a realidade. Refiro-me, especialmente aos conflitos que envolvem profissionais de saúde e que poderiam ser reduzidos ao fato de que faltaria aos profissionais de saúde treinamento “humano” ou sensibilidade. Nesse sentido é que os autores se dedicam ao estudo do “processo de reconstrução da pessoa como um objeto do olhar médico” (idem, 1998:94) e que tomamos de empréstimo em nossa análise.

Através de um exemplo simples e comum ao dia a dia do Posto de Saúde, como o estabelecimento de horários de expediente, também podemos relembrar o significado da rotatividade *interna* que argumentei anteriormente. No caso de Mirtes, que permanecia muito mais tempo na aldeia do que Silvana, o conhecimento sobre a história das pessoas trazia em seu bojo um índice de intimidade capaz de obliterar o discurso impessoal da gestão, produzindo situações em que a técnica se sobressaía pela sua *competência* em reconhecer o outro. Aqui, propositalmente, se inverte o sentido da competência na dicotomia administrar/cuidar. A competência que se estabelece no cotidiano da aldeia, sendo reconhecida pela própria coordenadora através do sistema de rotatividade interna, é aquela capaz de atualizar no momento do atendimento a personalidade dos sujeitos em questão. Assim, se o cuidar ganha novos sentidos às enfermeiras, a competência também é marcada por outras concepções de saber que atuam no cotidiano da assistência.

Outra questão que deve ser comentada é que a relação com os horários, principalmente entre as mulheres Munduruku, não necessariamente se vinculava ao horário do relógio. Não era comum vê-las usando relógios de pulso. Por outro lado, ainda que os homens o usassem, ocorria naquele momento no Pará, sobretudo na região

¹⁴⁸ Para os leitores interessados em aprofundar o debate antropológico sobre esse movimento de humanização na saúde, ver dissertação de mestrado de Dias da Silva (2006). Nesse trabalho, realizo uma etnografia de um projeto piloto de humanização em um hospital de média complexidade no interior de Goiás que procura destacar a polissemia de sentidos sobre a humanização praticada pelos profissionais de saúde.

mais à oeste, um problema em relação ao horário oficial adotado pelo governo do estado recentemente. A região central e oeste do Pará e grande parte do estado do Amazonas sempre compartilharam de um mesmo fuso horário, se situando a uma hora a menos do horário de Brasília. No ano de 2008, o Pará teve o horário de todos os seus municípios alinhado ao de Brasília por meio da sanção da lei 11.662/08, oriunda de um projeto de lei de autoria do ex-senador Tião Viana, do Acre¹⁴⁹. O argumento que o ex-senador (atual governador eleito do Acre) utilizou à época para defender a mudança de fuso horário na região Norte, divulgado pela mídia, se baseava na ideia de que, ao modificar o horário local, haveria maior integração ao sistema financeiro nacional, e que tal mudança também facilitaria as comunicações e o transporte aéreo. Pela nova lei, o Brasil deixa de ter quatro fusos horários e passa a ter três. O Pará inteiro se igualou ao fuso que predomina na maior parte dos estados brasileiros, incluindo todo o Nordeste, Sudeste, Sul e parte da região Centro-Oeste. Entretanto, na região Oeste do Pará, ao longo do rio Tapajós, a mudança acarretou uma inserção permanente numa espécie de horário de verão interminável, condicionando todos os seus habitantes a conviverem com um horário percebido como artificial. Em Jacareacanga já havia notado que muitos Munduruku mantinham seus relógios ajustados no horário anterior com o qual sempre conviveram. Na aldeia, a situação era ainda mais explícita, pois praticamente ninguém ajustara seus relógios ao “novo horário”. O resultado disso foi que o Posto de Saúde passou a ter seu expediente adiantado em uma hora do que era costume até 2008, contribuindo para gerar confusões e repreensões sobre os “atrasos” que, do ponto de vista dos Munduruku, nem se constituíam enquanto tal. Os motivos pelos quais a região Norte deveria se ajustar a um novo horário indica que a relação entre tempo e poder não deve ser subestimada na dinâmica de relações entre o regional e o nacional. Nesta dinâmica, que se reproduz no cenário político atual, a região Norte é percebida a partir de um distanciamento temporal (Fabian, 1983) que se reproduz numa acusação de atraso. As soluções aparecem calcadas em estratégias que buscam promover o desenvolvimento regional a partir de um alinhamento, ajustamento ou enquadramento em uma única temporalidade, suprimindo essa diversidade como se fosse o próprio fuso horário um entrave à comunicação.

¹⁴⁹ Na época do trabalho de campo a lei havia acabado de entrar em vigor. Havia grande polêmica entre as pessoas em relação à alteração permanente do fuso horário. Apesar de no projeto de lei do senador constar a proposta de que fosse efetuado um plebiscito sobre a questão, tal medida não ocorreu e o projeto tornou-se lei menos de dois anos depois de ser apresentado ao senado.

E para não perder nosso argumento inicial, a maneira como essas mudanças reverberaram na relação entre os profissionais de saúde e os Munduruku já estava construída: a mudança oficial de horário no estado do Pará foi rápida e automaticamente transladada para uma acusação peremptória de que os doentes estavam atrasados ou de que não conseguiam, não podiam ou não sabiam respeitar o expediente do Posto de Saúde.

O tipo de problema colocado nesse exemplo aparece estampado na maioria das etnografias da saúde indígena. Confusões que se transformam em categorias de acusação são tão diversas quanto o número de etnias indígenas no país. Entretanto, não consideraria que a análise de caso a caso por especialistas que fariam quase que uma “tradução” de perspectivas que se opõem, por si só, possa dar conta dessa complexidade. É preciso estarmos atentos também ao mecanismo da exclusão que opera sobre esses contextos locais, a partir de reflexões que abrangem a própria história das políticas indigenistas no Brasil e de uma produção etnográfica de suas práticas administrativas (Souza Lima, 2002a e 2002b).

A reunião e a palestra: administrando a saúde na aldeia

As reuniões eram elemento fundamental ao estilo de enfermagem praticado por Silvana. Assim, parte de seu cotidiano na aldeia incluía necessariamente reuniões com toda a equipe que trabalhava no Posto de Saúde. Das vezes em que participei, além da técnica de enfermagem, costumavam estar presentes o microscopista Ivo, os AISs Teresa e Mino, o AISAN Otoniel e o ACS Ronaldo. Descreverei a seguir um destes eventos.

Silvana, sentada em sua mesa ao centro da sala, trazia uma pauta pronta. Perguntou se alguém tinha alguma reclamação para fazer, mencionando que ouvira muitas coisas sobre a última técnica de enfermagem que passara por lá¹⁵⁰. Ninguém quis se pronunciar sobre o assunto. Depois, o microscopista Ivo mencionou a falta de remédios. Em seguida, Otoniel disse que estava sem equipamentos e insumos para fazer reparos nas tubulações de água. Ela comentou: “pois é... Nós, que somos a ponta, não

¹⁵⁰ As maiores reclamações sobre a técnica, no entanto, partiram da própria enfermeira ao apontar para mim, no dia da festa de 19 de abril, que a conduta de conversar com as pessoas e passear pela aldeia ocasionava muitos problemas. Assim, ao perguntar sobre as reclamações, a enfermeira reforçava um aspecto da conduta dos profissionais de saúde que a mesma achava primordial no caso das aldeias: o não-envolvimento, a recusa em relacionar-se.

temos condições de trabalho, nós é que sabemos!” Ela disse, então, que faria uma ata dessa reunião para ser repassada à coordenação, pois “água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”, completou. Desse modo, as reclamações foram diretamente redirecionadas para a coordenação através de um documento a ser escrito pela própria enfermeira.

Ela continuou: “A gente sabe que existe uma hierarquia. O AIS tem que obedecer à técnica, a técnica tem que obedecer à enfermeira e assim por diante.¹⁵¹” A explicitação de cada pessoa presente numa posição no interior da equipe de saúde não se vinculou a nenhum comunicado específico, mas era como a introdução à forma de realizar a reunião. Não à toa, nas reuniões da equipe de saúde nunca houve qualquer menção ao papel do CONDISI. Na verdade, a maioria dos profissionais de saúde não conseguia entender com clareza qual era a conexão entre o CONDISI e os seus trabalhos cotidianos. Silvana, por exemplo, afirmou não saber do que se tratava quando eu mencionei a ideia do controle social dentro da política de saúde indígena, numa ocasião de entrevista. Durante as reuniões conduzidas por ela, portanto, não havia qualquer menção a conselheiros locais ou distritais de saúde. José, que buscava ocupar o cargo de conselheiro local no lugar de seu irmão, apareceu nesse dia esbaforido no meio da reunião, provavelmente fora avisado em cima da hora. Percebi que, como não possuía uma função *dentro do Posto de Saúde*, suas participações nas reuniões da equipe sempre aconteciam de improviso e a partir de seu exclusivo interesse. Silvana não reagiu a sua presença, não perguntou o que ele fazia, nem quem era. Ele também não se manifestou.

Para a enfermeira, tudo se passava como se essa hierarquia das atividades do Posto pudesse sublimar outras hierarquias e tornar o universo do Posto um *lugar* separado *na* aldeia. Ao continuar seus pronunciamentos, comunicou em tom severo que só atenderia emergências à noite se a pessoa viesse acompanhada do AIS mais próximo de sua casa. Justificou-se através de um pequeno incidente ocorrido na noite anterior, quando alguns adolescentes passaram pela casa, um rapaz chamou pela enfermeira por duas vezes, várias meninas riram e o grupo se afastou rapidamente. Isso ocorreu por volta das 22hs, quando estávamos dormindo, e quem se levantou para ver o que tinha ocorrido foi a técnica Mirtes, até perceber que era brincadeira. Mais tarde, por volta das 23hs, bateu na porta a mulher de Ivo pedindo o remédio para o estômago do marido.

¹⁵¹ Note-se que o “adiante” inclui necessariamente aqueles a quem a enfermeira deveria obedecer, mas foram providencialmente ocultados.

Mirtes se levantou para atendê-la ao reconhecer sua voz. A moça logo se desculpou dizendo que só conseguiu passar lá naquele horário porque estava em aula na escola. Esse caso, porém, não foi citado na reunião. Aborrecida com essas constantes abordagens noturnas, Silvana justificou que só atenderia na presença de um Agente Indígena de Saúde porque “não entendia direito o que a pessoa falava, alguns sintomas sim, mas o histórico da doença não.” E completou: “Só atendo se ouvir a voz de um de vocês, do contrário não vou abrir a porta.” Novamente, nos colocamos diante do manejo do tempo e da língua como formas recorrentes de acusação sobre as condutas dos Munduruku. Além de buscar estratégias que pudessem legitimamente aos olhos da coordenação reduzir esse tempo em aldeia, a própria noção de que o diálogo com os Munduruku era necessário para entender o “histórico da doença” se fazia presente apenas nos momentos de tentar restringir a conduta das pessoas, sendo usado como um repertório de distinção, isolamento e produção de indiferença¹⁵².

Uma segunda etapa da reunião versou sobre um problema recorrente e muito presente nas falas das lideranças indígenas, qual seja, a persistente escassez de combustível para transporte, luz e motores de barco. A disputa e discordância entre os coordenadores locais da saúde indígena e as lideranças Munduruku era explícita e tensa nesse sentido, sendo que em várias oportunidades a negação de combustível se revertia em situações de briga e consternação. A perspectiva dada pelos coordenadores tanto de Itaituba quanto de Jacareacanga era de que não havia escassez, apenas mau uso dos recursos disponibilizados. Assim, quando a enfermeira se propôs a comentar o assunto na reunião, os gastos com combustível foram tratados como algo no qual não queria se envolver, mas a coordenação tinha feito este pedido a ela “para não virar bagunça”. Durante a reunião propriamente dita, no entanto, houve apenas esse comunicado.

¹⁵² Em Herzfeld (1992), a forma burocrática da indiferença social produzida no cotidiano da estrutura de governo e suas ramificações é pensada a partir de um “manejo burocrático da identidade”. Em sua proposta, a burocracia é entendida fundamentalmente como um fenômeno social que deve ser analisado a partir das situações cotidianas: o convencional formalismo produtor de conflitos e relações de ódio, a mentalidade burocrática responsável pela atitude de “buck-passing”, isto é, de sempre atribuir a responsabilidade a outrem. A desconstrução dos aspectos mais naturalizados sobre o conjunto de problemas que a burocracia representa através das entidades sociais constituídas pelo “sistema” e pelo “governo” conformam a base de seu argumento. Mais ainda, a análise das práticas de governo, centrado no fazer da burocracia, dá a medida das suas escolhas analíticas. Nesse sentido é que Herzfeld propõe que a única forma de entender a maneira como as pessoas se relacionam com essas entidades tais como sistema e governo é a ideia de que todos os nacionalismos são embasados em princípios de transcendência, como no trecho “The secular equivalent of salvation is the idea of a patriotic and democratic community, one that tolerates neither graft nor oppression” (1992:6). Ele sugere que esse princípio de transcendência atende a um elemento pragmático da vida cotidiana provendo as pessoas com meios socialmente compartilhados de lidar com a decepção e o desapontamento. A transcendência das práticas burocráticas também reside no fato de que a burocracia é vivida a partir de um estado de ambivalência, sendo tanto libertadora como repressora.

Depois, a enfermeira se reuniu com o microscopista Ivo para, nesse momento, tentar traçar um plano diário de gastos e chegou à conclusão de que apenas seis litros de óleo poderiam ser usados diariamente para abastecer o Posto de Saúde, dividindo-se os duzentos litros da cota mensal de óleo de motor a que o Pólo-Base tinha direito. O cálculo mensal, aliás, era feito pela coordenação local baseado numa média de gastos ao ano e dividido por doze. Aos Munduruku não era dada a oportunidade, nesse processo decisório, de estabelecer outro tipo de parâmetro de gastos, já que a variação mensal era, para eles, mais importante do que a fixação de uma média se levarmos em consideração a temporalidade nas aldeias, regida por eventos próprios que produziam necessidades diferenciadas entre os doze meses do ano. A conta feita pela coordenação, portanto, achatava a possibilidade de outros usos e condicionava o gasto a uma média que não traduzia a temporalidade/realidade local.

O mais interessante voltando ao caso da enfermeira, entretanto, foi que a despeito de seus cálculos, naquela mesma semana, o uso de óleo excedeu o limite diário dos seis litros. A razão pela qual isto ocorreu se deu tanto pelo hábito da enfermeira de ler à noite quanto pelo cotidiano dos microscopistas, que costumavam trabalhar até às 21hs, em média, necessitando de luz para utilizar o microscópio. O plano, portanto, não chegou a ser implantado. Mas a retórica de mau uso dos recursos funcionava como uma abstração que pairava sobre as demandas dos Munduruku.

Ao encerrar a reunião da equipe de saúde, Silvana foi taxativa ao anunciar que o peso das crianças seria realizado exclusivamente no dia 15 de cada mês, sem exceções. Quem faltasse, teria que enfrentar as conseqüências de não receber o benefício do programa Bolsa-família que depende da atualização desse tipo de informação para ser liberado. Quando a questioneei sobre essa vinculação específica, ela não sabia muito bem como se dava esse processo, apenas afirmava que sem a informação do peso, não era possível receber o benefício¹⁵³. Ao fim de suas falas, um gesto significativo da posição

¹⁵³ Existe um importante ponto de investigação nessa vinculação específica, tanto em termos normativos quanto em termos práticos que não pude abordar para esta tese. Entretanto, cabe contextualizar que esta fala das enfermeiras tem origem nas “condicionalidades” estabelecidas pelo Programa Bolsa-Família para que as pessoas sejam beneficiadas, criando um compromisso, uma contrapartida das famílias em relação ao governo. Além de um teto na renda familiar, as condicionalidades dizem respeito ao acesso dessas pessoas a direitos básicos: educação, saúde, alimentação e assistência social. Na área da saúde, especificamente, as condicionalidades são definidas a partir do “acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de 7 anos; e pré-natal das gestantes e acompanhamento das nutrizes na faixa etária de 14 a 44 anos.” (Fonte: portal do Ministério do Desenvolvimento Social, acessado em 07/10/2010). Percebemos, a partir deste texto que, na prática, as condicionalidades recaíam diretamente sobre programas de saúde geridos pelas enfermeiras nas aldeias, o

hierárquica que buscava destacar: ela ofereceu a cada membro da equipe uma caneta personalizada com seus nomes e a função que ocupavam.

Durante a tarde Silvana pediu que fosse convocada uma palestra para os moradores para que as informações da reunião da equipe pudessem ser repassadas. Primeiramente, a enfermeira felicitou os presentes porque demonstraram interesse, mas lamentou serem tão poucos. Deu uma olhada geral no salão e reclamou porque havia menos de duzentas pessoas presentes, quando residiam mais de oitocentas pessoas nos limites daquele Pólo-Base. Contando metodicamente, descobri que havia sessenta pessoas no local, das quais quarenta e cinco eram mulheres.

O primeiro tema abordado foi a higiene. O modelo da palestra, traçando relações entre alertas e índices, era semelhante ao de Malu em suas palestras na escola da aldeia analisadas anteriormente. Silvana observou que “tudo que se faz aqui em cima e que vai para o rio” seria o principal motivo para a contaminação da água e a diarreia conseqüente de sua ingestão. Muitas chuvas causavam pneumonias, e as mães andavam com as crianças no sol, na chuva, no sereno. “Era verdade que estava faltando medicação, mas era preciso saber prevenir”. Deu como exemplo o caso da malária, em que era necessário evitar que as crianças ficassem expostas na beira do rio às 6hs e às 18hs. Silvana emendou essa fala sobre prevenção de doenças à higiene pessoal, mencionando explicitamente o cuidado de si. Ela buscava ensinar:

“Vejam, eu tenho que me importar comigo mesmo. Não deixar criança andar descalça, nem brincar em local que tem muito cachorro. Tem que evitar brincar no chão ou com cachorro próximo. Tem que ter esses cuidados. Tem mãe que demora a levar a criança ao Posto. Não dá comida, não dá peito, quando chega à farmácia já está muito ruim, aí tem que descer para Jacareacanga. O horário de abertura da farmácia, em dia de sol, é às 7hs. Com chuva, meia hora mais tarde. E fecha para intervalo às 11hs. E depois, das 14hs às 17hs ou 18hs. Tem esse período de tempo para procurar o Posto. Até porque, os remédios têm horários fixos para serem tomados e todos eles estão dentro daquela faixa de horário em que o Posto está aberto.”

Notemos que a forma de sugerir que as pessoas não se preocupariam consigo, não teriam cuidados ou ações de prevenção era imediatamente relacionada a uma conduta em torno do Posto de Saúde que deveria ser minuciosamente reconfigurada e regulada. A enfermeira frisou novamente que a língua era uma barreira, através da qual

que nos permite entender como uma condicionalidade, a saúde, definida como um direito básico pode se efetivar como mecanismo de gestão da desigualdade.

se justificava a presença dos AISs: “Nós não entendemos vocês. Por isso, temos os AISs, ACS, microscopista.” Citando as brincadeiras da noite anterior, notei especificamente o modo como o evento fora re-descrito: a de que bêbados estavam fazendo brincadeiras em volta do Posto e, por isso, a partir de agora, ao passar mal à noite, era preciso procurar primeiro o AIS.

Quanto à pesagem mensal das crianças, alertou para que as mães programassem de estar com seu filho na aldeia dia 15 de cada mês. Depois do dia 15, não adiantava ir para o Posto. E se não tivesse o peso registrado, o bolsa-família seria cortado¹⁵⁴. A reunião foi encerrada com um comunicado sobre a próxima campanha de vacinação contra gripe que todas as pessoas deveriam tomar e comunicou seu cronograma a partir de então. Como a enfermeira do Pólo-Base vizinho viria ajudá-la com as vacinas, ela faria o mesmo na semana seguinte, passando a semana na outra aldeia. Na seqüência, estaria de folga e após esse período, faria o relatório da cobertura vacinal, documento que tabela e compara as vacinas solicitadas e as efetivamente aplicadas, resultando num índice de “cobertura vacinal” da campanha. Não havia uma data prevista para o retorno à aldeia.

Ao fim de todos esses anúncios, a enfermeira reclamou que as grávidas não estavam indo ao Posto tomar suas vitaminas e outros medicamentos. Silvana questionava: “o que custa ir à farmácia uma vez ao dia?” e emendou no raciocínio anterior em que clamava pelo cuidado de si. Lembrou, ainda, que era preciso que as famílias se organizassem para limpar as “melhorias” a cada dois dias, pelo menos. As melhorias a que ela se referia eram os banheiros coletivos construídos pela FUNASA. Não me lembro da enfermeira ter circulado pela aldeia para verificar as “melhorias” e ela nunca havia comentado sobre o assunto antes. Na vez em que eu fiz visitas aos banheiros, acompanhada do Agente Indígena de Saneamento (AISAN), encontrei os locais limpos e conservados. A observação da enfermeira parecia eivada de retóricas educativas, como a que usou para encerrar a sua fala: “Eu peço que vocês cuidem um pouquinho mais do patrimônio de vocês.” Em que pesem as diferenças de estilo, a forma de proferir a palestra era muito semelhante à de Malu no que tange a atribuição de responsabilidade às mulheres e a retórica de reclamações sobre a conduta das pessoas em relação as suas práticas corporais e ao ambiente que as cercava. As instalações

¹⁵⁴ Cabe lembrar que Malu também já levantara a mesma hipótese quando tentou tomar providências para elevar o número de mulheres examinadas para o Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero (PCCU) dizendo que se não fizessem o exame não receberiam o benefício.

sanitárias na aldeia também foram lembradas e ressaltadas por ambas, assim como a forma de transmissão das verminoses e o papel do AIS como um tradutor das informações que a enfermeira requisitava sobre o doente e multiplicador dessas retóricas educativas.

Quando Silvana terminou, foi a vez do microscopista, AIS, AISAN e ACS falarem. Como todos os membros da equipe estavam presentes foi interessante observar a forma da tradução nesse contexto, pois visivelmente não se tratava de uma tradução no sentido estrito através do qual as profissionais da enfermagem marcavam e agenciavam sua posição em relação aos AISs. Para os próprios Agentes Indígenas de Saúde, entretanto, estava em jogo a situação na qual pontuavam suas participações no contexto do atendimento, assumindo uma relação em que a tradução da fala da enfermeira era menos importante do que o engajamento no evento realizado para a comunidade. Por outro lado, a seqüência de falas seguia também uma hierarquia entre os Munduruku que trabalhavam no Posto: o microscopista, os Agentes Indígenas de Saúde, o Agente Indígena de Saneamento e o Agente Comunitário de Saúde. É importante compreender, portanto, que para os Munduruku nunca bastava que a enfermeira tivesse sua fala simplesmente traduzida, a tradução se expandia para uma forma de engajamento e diferenciação interna desse grupo, que abrangia a forma como seus trabalhos eram percebidos pela comunidade. Para as enfermeiras, todo esse processo era nomeado como tradução de suas falas.

Nos dias que se seguiram, Silvana solicitou que os AISs convocassem todas as pessoas diagnosticadas com hipertensão para reavaliação do programa de saúde para hipertensos e diabéticos. Não existia diagnóstico de diabetes na aldeia, mas eram onze os hipertensos que tomavam diariamente o medicamento Captopril. Todos possuíam mais de 50 anos. Silvana mantinha-se todo o tempo preenchendo papéis, fazendo cálculos e atendia os pacientes recorrendo à leitura de seu histórico, calculando o Índice de Massa Corporal para atualizar os dados, verificando se o paciente tinha queixas e prescrevendo a dosagem de cada um. Enquanto isso, Teresa media a pressão arterial, buscava o remédio, pesava as pessoas. Essa cena costumeira no dia a dia da enfermeira na aldeia assinalava o tipo de trabalho para o qual Silvana se sentia preparada e acreditava ser sua tarefa. As consultas duraram toda a manhã. Como todos foram acionados ao mesmo tempo para vir ao Posto de Saúde, eles permaneceram um longo período esperando nos bancos, o que era bastante incomum ao cotidiano de atendimento. As mulheres não reclamaram, mas um dos homens idosos quase foi

embora. Convencido a ficar pela AIS Teresa, ele declarou que não tinha paciência para esperar. Ao conversar com a técnica Mirtes sobre o trabalho da manhã, Silvana voltou a afirmar que a equipe de saúde já estava muito acostumada a trabalhar “assim sem condições” e que só quando “uma nova geração” de enfermeiras substituísse completamente a geração anterior e não restasse mais nenhuma das antigas, numa referência clara ao estilo de trabalho de Malu, é que as mudanças iriam emplacar, isto é, que a mudança de conduta que ela esperava dos Munduruku ocorreria. Havia nessas afirmações uma crítica evidente à forma de relação instituída pela ‘antiga geração’ com os doentes e com as famílias, o que destacava as diferenças entre ambas sobre os significados de administrar e cuidar.

Ela acreditava que era preciso que toda a equipe de saúde trabalhasse junta e não aceitasse determinadas “condições impostas”. Silvana explicou para mim que, ao entrar na FUNASA, ela chegou com “aquela ideia revolucionária” sobre o trabalho, mas depois notou que as enfermeiras antigas, “com mais anos de casa”, trabalhavam “daquele jeito”, fazendo referência ao fato de que não priorizavam os programas de saúde e nem centralizavam os atendimentos no Posto. Essas eram as “condições impostas” de que não gostava. Interessante perceber nesse caso como as imposições eram associadas primordialmente às outras enfermeiras, e nunca aos Munduruku, cuja passividade só era rompida em ocasiões específicas: quando consumiam álcool, nas abordagens noturnas ao Posto de Saúde ou quando descumpriam as prescrições de horário dos medicamentos. Assim, os problemas e desafios relativos ao atendimento na aldeia eram culpa de outras enfermeiras que tinham “acostumado mal” seu pacientes.

A visão de que os problemas da saúde indígena não apenas partiam, mas diziam respeito a um tipo ou estilo de enfermagem, dentro da qual estavam em jogo a forma de organização dos programas de saúde e a relação dos profissionais de saúde entre eles, e não com as pessoas a serem atendidas constituíam, na verdade, a semelhança primordial entre as enfermeiras. As disputas em torno da competência específica para lidar com a saúde indígena desvelavam as formas de apropriação da dicotomia cuidar/administrar no âmbito da saúde pública e da atenção primária. No plano local, as disputas estavam remetidas à valorização específica da diferenciação entre cuidar e administrar. Assim, nas relações estabelecidas entre as enfermeiras no interior Distrito Sanitário Especial Indígena, a forma de administrar os programas de saúde se subdividia numa ênfase em controlar a execução dos programas de saúde e numa ênfase em ser a própria enfermeira uma referência de qualidade do atendimento, isto é, a personificação do saber cuidar das

pessoas, reconhecendo seus problemas a partir de uma experiência própria. Essas diferenças podiam ser discriminadas na atuação e práticas discursivas de Malu e Silvana.

As duas facetas dos cuidados de enfermagem, administrar e cuidar, apareciam como instrumentos de controle sobre a população, designando uma forma de relação que, igualmente, excluía os Munduruku de tomadas de decisão no exercício profissional da enfermagem. Novamente, nos voltamos a um *habitus*¹⁵⁵ das enfermeiras cuja relação entre administrar e cuidar está no cerne de suas práticas, as define enquanto profissionais da enfermagem. Assim, as disputas sobre o cotidiano do atendimento nas aldeias estavam sempre referenciadas à articulação entre essas duas atividades, e no significado que cada uma delas adquiria nas práticas das diversas enfermeiras. Estamos lidando, portanto, com as nuances dadas ao significado de administrar e ao significado de cuidar, sendo que ambas constituem formas de autoridade. A enfermeira Malu, por exemplo, nunca ignorara dinâmicas sociais locais, tensões e conflitos na aldeia, inclusive, fazendo opções políticas claras com relação às disputas internas aos Munduruku, expressando apoio a um dos caciques durante as campanhas eleitorais de 2008 no qual seu filho era candidato a vereador. Para Silvana, o próprio fato de sair do Posto de Saúde seja para atender ou passear já era problemático em si mesmo. Essa conduta pessoal era sintetizada pela força imagética do trancamento das portas e pela participação mais intensa nas atividades domésticas, com destaque para o anúncio reiterado dos sacrifícios pessoais que era preciso fazer para viver em aldeia. Algo que, para Malu, era francamente enquadrado como “frescura”.

Outro estilo de vida doméstica: a ênfase na distinção e na indiferença

Nas atividades domésticas, item fundamental dentro da própria concepção da permanência da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena em aldeia, Silvana novamente oferecia contrastes marcantes às ações de Malu. Nesse caso, seus conflitos com as técnicas de enfermagem eram menores. Para controlar o tempo da casa, ela costumava, tão logo deixava o Posto, tomar banho, vestir seus pijamas e preparar o jantar. Ela comentava que adorava cozinhar, uma atividade doméstica usada como um

¹⁵⁵ A referência para pensar *habitus* é novamente Bourdieu e a questão central que postula a partir deste conceito, ou seja, a superação da dicotomia entre estrutura e prática.

aliado para controlar o tempo depreendido no Posto de Saúde. Malu, ao contrário, declaradamente odiava cozinhar e jamais usava seu tempo dessa forma.

Silvana guardava um arsenal de condimentos industrializados, enlatados diversos, sucos de caixinha, leite em pó, reservados numa caixa para seu uso exclusivo e cujo compartilhar era negociado diretamente com a mesma entre os ocupantes da casa, jamais com os Munduruku, a quem nunca vi dar nada em troca aos peixes que recebia. Ao contrário, Silvana partia do princípio que aqueles presentes eram uma retribuição direta ao seu trabalho. Outro tipo de manejo do tempo muito usado por Silvana para manter-se num estado de “clausura” era a leitura. Carregando sempre três ou quatro livros consigo, ela passava muitas horas do dia lendo romances do autor norte-americano Sidney Sheldon. Como os espaços da casa e do Posto eram praticamente contínuos, apenas separados por uma parede, manejar o tempo na aldeia de modo a não se relacionar com os Munduruku era um desafio constante.

Particularmente para Silvana, uma das maiores restrições pessoais de permanecer na aldeia era abrir mão de tratamentos de beleza que fazia regularmente como cuidar do cabelo, da pele e das unhas, além de usar roupas de outro estilo ao que adotava na cidade, já que permanecia completamente coberta com meias, calças, blusas de manga compridas, cabelos presos e boné. Em uma oportunidade de conversa informal com ela e sua amiga enfermeira de um Pólo-Base vizinho, as duas me mostraram fotos em que apareciam produzidas para sair à noite, com vestidos, saltos altos, maquiagem e penteados. Vendo as fotos e olhando para a atual situação, elas comentavam para mim que não “era assim” – e apontavam para si mesmas – que costumavam andar por aí. Contudo, cada uma realçava motivos diferentes para estar naquele trabalho. Silvana disse que o salário compensava e ela podia fazer planos pessoais com o dinheiro, porque morava com a família e não pagava contas da casa, apenas as de consumo próprio. Já sua amiga vivia uma situação familiar em que a mãe dependia de sua ajuda, enquanto os irmãos eram uns “desocupados que não se preocupavam”. Mas, apesar dessas diferenças nas vidas familiares, o compartilhamento de outro estilo de vida fora da aldeia era o que predominava.

O estilo de vida de Silvana na aldeia, portanto, implicava na noção negativa de sacrifício. Sua justificativa para manter-se no emprego revelava um profundo distanciamento da realidade local, sendo que este não-engajamento estava associado à forma como Herzfeld (1992) define a produção social da indiferença, isto é, como negação de uma humanidade comum, negação de identidade e individualidade.

Um caso de emergência: a produção da indiferença em perspectiva

Alguns dias após ter anunciado que iria acompanhar uma enfermeira na campanha de vacinação quando terminassem a etapa em seu próprio Pólo-Base, a amiga de Silvana chegou à aldeia para ajudá-la. As duas eram amigas pessoais, faziam em parceria um curso de especialização em Oncologia em Santarém e, por isso, sincronizavam suas entradas e saídas nas respectivas aldeias desde o início daquele ano.

Estávamos almoçando quando um microscopista da FUNASA que estava no Posto examinando lâminas de malária, entrou na casa dizendo em tom de brincadeira que chegara uma menina “meio afogada no Posto”, supondo que a mãe dela a tivesse levado ao rio e a menina tivesse tomado um “caldo” maior que o esperado. A amiga de Silvana, enfermeira Sofia, foi a primeira que levantou para ir ver o que estava acontecendo. Eu fui logo em seguida e quando cheguei percebi que se tratava de uma emergência. Uma menina de 2 anos apresentava febre de 45° C, estava em convulsão, seu corpo apresentava fortes tremores, os olhos estavam fixos e virados para cima, além de ter o maxilar rígido e fechado. Sua mãe parecia um pouco assustada porque os sinais da convulsão se intensificaram significativamente assim que ela entrou no Posto de Saúde. Sofia deitou a menina de lado numa maca e começou a resfriar seu corpo com compressas frias enquanto amparava sua língua para que ela não se engasgasse com a saliva. Nesse momento, a mãe foi tomada por um desespero e disse que queria levar a menina embora. Sofia enfaticamente respondeu que de jeito nenhum ela poderia fazer aquilo e seguiu com seus procedimentos. A menina tinha mordido a ponta da língua e sangrava um pouco, aumentando a preocupação da enfermeira para que ela não se engasgasse. O termômetro permanecia na axila da criança enquanto a técnica Mirtes verificava a temperatura baixando. Mirtes ficara bastante nervosa, pois percebia que aquilo poderia ter acontecido enquanto ela estivesse sozinha no Posto, algo que estava prestes a ocorrer. Quando a febre baixou para 38,6 °C ela pediu que eu chamasse a Silvana, que ainda não tinha vindo verificar o que acontecera. Quando Silvana percebeu que era grave, correu a um telefone público que estava funcionando naquele momento e pediu que uma ambulância a esperasse na beira do rio. Não havia nenhum medicamento que pudesse ser aplicado no Posto. Enquanto isso, Sofia disse para a mãe fazer uma trouxinha de roupas porque a menina seria internada. Em seguida, ela enrolou a menina

numa das compressas e desceu para a beira do rio. Nesse ínterim, o chefe de Posto da FUNAI já sabia da emergência e ofereceu o barco da FUNAI. A embarcação da FUNASA, assim como ocorrera na emergência que acompanhei junto à técnica Helena, não estava disponível. O piloto da voadeira havia pedido emprestado para pescar, com conhecimento prévio da equipe de saúde. Fomos todos para a beira do rio e o microscopista Ivo já reclamava do uso indevido que o piloto fazia costumeiramente da voadeira. Se não fosse a cooperação do chefe de Posto da FUNAI, não teria como chegar à cidade em menos de duas horas. Minutos depois, a mãe da menina já estava na beira, enquanto a enfermeira Sofia continuava resfriando a cabeça da menina com a água do rio. Apesar de os tremores terem cedido, os olhos e o maxilar continuavam do mesmo jeito. Sofia suspeitava que poderia ter sido uma crise de epilepsia. Na ficha de referência, que Mirtes foi preenchendo às pressas para Silvana levar, lia-se ‘crise convulsiva’. Quando Silvana se precipitou no horizonte – já com chapéu, óculos escuros e bolsa para ir à cidade – alguém trouxe a mala da mãe, que pegara a filha nos braços e chorava ao ver as distorções no seu rosto infantil. De repente, chegou a notícia de que o pajé estaria no Posto de Saúde esperando a menina. Sua mãe não teve dúvidas, pegou sua filha e se precipitou barranco acima correndo aos prantos. Eu resolvi acompanhá-la, mas na metade do trajeto, um parente deu a notícia em Munduruku que fez a mãe retornar. Eu perguntei o que havia acontecido e se o pajé não estava lá. Ela respondeu com raiva que não, e voltou à beira. Assim que chegou a embarcação da FUNAI, dez minutos depois, seguiram para a cidade o chefe de Posto da FUNAI, o microscopista Ivo, a enfermeira Silvana, mãe e filha. Menos de duas horas depois Silvana estava de volta, disse que levava a menina diretamente ao hospital, onde só havia técnicas de enfermagem de plantão. A criança foi atendida e medicada com uma dose de Diazepam intravenosa e fim de caso para a equipe de saúde da aldeia, pelo menos para Silvana. Não se falou mais no assunto. No dia seguinte, ambas partiram para a campanha de vacinação de outras aldeias.

A reflexão que gostaria de pontuar aqui diz respeito, primeiramente, à temporalidade da emergência, que impõe uma decisão unilateral, mas não elimina a diversidade de enquadramentos que as pessoas dão à situação. O sofrimento implicado nessas situações emergenciais entre os Munduruku era, portanto, ampliada. Havia não apenas o fato em si da emergência, da convulsão e do estado grave em que a menina se encontrava, mas nesses contextos a possibilidade de negociação sobre as decisões a serem tomadas se tornavam muito reduzidas. Nesse caso, a mulher ainda tentou ir ao

encontro do pajé, sendo que o motivo de não encontrá-lo foi circunstancial. Porém, em nenhum momento ela recebeu qualquer tipo de assistência da equipe de saúde nesse sentido. O arrependimento de ter procurado o Posto de Saúde era visível em sua conduta durante todo o atendimento.

Em segundo lugar, há a diferença na forma de condução do caso pela presença de duas enfermeiras. Essa situação em que ambas estavam coincidentemente juntas foi capaz de elucidar de maneira mais específica a extensão da indiferença produzida pelo estilo de enfermagem praticado por Silvana. Como ela, em geral, partia da perspectiva de que os Munduruku abordavam o Posto de maneira inoportuna, à noite ou nos horários de almoço, a sua capacidade de acreditar nas pessoas se tornava uma questão em si mesma. A “repressão burocrática”, nas palavras de Herzfeld, na qual tal conduta se insere deve ser considerada a partir da forma como o sujeito que a imputa se orienta em torno dos recursos que são comuns ao simbolismo dos Estados-nações ocidentais e a forma como historicamente tem reproduzido uma exclusão social, cultural e racial na vida cotidiana (Herzfeld,1992:13).

*

Estilos de enfermagem: por uma teoria da prática das enfermeiras

Estive sempre atenta às datas de entradas e saídas das enfermeiras em aldeia, de acordo com o tipo de escala que cumpriam. Essa informação era crucial por dois motivos: primeiro, eu precisava sincronizar alguns períodos com minha própria agenda e, segundo, a confusão gerada pela falta de datas fixas não me permitia intuir facilmente o real período de atendimento no Posto de Saúde. As idas e vindas eram uma forma de atuar típica das enfermeiras.

Silvana chegara ao Posto dia 11/05, quando o correto pelos cálculos da coordenação seria dia 07/05. Ela deixaria a aldeia já no próximo dia 17/05 para realizar a campanha de vacinação. Suas folgas começariam dia 01/06 e iriam até 11/06, porque sua escala era de 20 dias de trabalho por 10 de folga, devidamente justificado por sua frequência num curso de especialização em oncologia em Santarém. O período seguinte de trabalho, do dia 11/06 ao dia 01/07, seria passado em Itaituba para concluir o relatório da cobertura vacinal e, na seqüência, mais um período de folga seria considerado. No cômputo final, a data de retorno provável da enfermeira à aldeia seria

em torno de 11 de julho, quase dois meses após sua última saída, sendo que dos vinte dias que deveria ter cumprido em maio, apenas uma semana fora dedicada a prestar assistência no Posto de Saúde. Como ela já havia me dito que participava ativamente das campanhas de vacinação e elas eram feitas duas vezes a cada semestre, não era difícil imaginar que o tempo gasto na aldeia acabava sendo extremamente reduzido.

As idas e vindas de Malu também eram constantes, mas eram enquadradas de maneira diferente pela coordenação. Malu passava, em média, quinze dos trinta dias acordados em escala na aldeia, e efetuava nesse período cerca de cinco viagens a cidade. Os motivos para ir à cidade durante o tempo em que pude acompanhá-la diariamente foram diversos: necessidade de buscar combustível e óleo para motor de luz, restituição das últimas doses de vacina não utilizadas à coordenação, recebimento de salário, recusa de assumir o Posto de Saúde sozinha na ausência de técnicas de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (quando estes quase tiveram que se ausentar simultaneamente por ocasião do recebimento de seus salários), término e entrega dos relatórios de consolidado das atividades mensais à coordenação. Malu, além disso, também era uma das poucas profissionais de saúde do DSEI com especialização em pedagogia, sendo solicitada para participar dos cursos de formação de AIS. Sentimentos também foram explicitados por ela como motivos, em algumas ocasiões, para ir à cidade, sendo a “falta de paciência” o mais comumente expresso pela enfermeira. As técnicas de enfermagem demonstravam ressentimentos com relação a essa diferença de tratamento, mas ao mesmo tempo, como vimos, essa situação lhes gerava uma espécie de elogio social em torno das habilidades de improviso que poderiam articular na ausência da enfermeira.

O próprio fato de poderem negociar seus tempos de permanência na aldeia apontava para uma posição distinta das enfermeiras em relação às técnicas de enfermagem. Mas, aos poucos, os significados desses movimentos de idas e vindas ganhavam sentidos singulares a cada enfermeira. A diferença entre ambas estava nas redes sociais em que ancoravam suas atuações. Enquanto Silvana dispunha do tempo em aldeia a partir da imagem positiva que possuía com a coordenadora local e com as outras enfermeiras, Malu manejava seu tempo por meio das atividades assistenciais preferencialmente, negociando sua entrada e saída de “área” através dos pacientes e seus itinerários, com quem possuía um reconhecimento social positivo, enquanto seus conflitos com a coordenação acabavam reforçando sua imagem de “desorganizada e alcoólatra” entre as enfermeiras e técnicas de enfermagem. Nesse processo, os Munduruku tinham um poder reduzido em relação à coordenação do DSEI, mas não por

isso menos importante. Aos Munduruku cabia vetar profissionais de saúde considerados inaptos. À coordenação local cabia a precedência da escolha e da distribuição das enfermeiras, bem como da conformação das escalas e dos modos diferenciados de organizar o tempo das duas categorias de profissionais da enfermagem que compunham a EMSI.

A transferência de Malu, que implicou na verdade numa troca de Pólos-Base entre ela e Silvana, não resultou em nenhum pedido específico dos Munduruku para que ela permanecesse. Entretanto, depois que ocorreram as mortes de dois recém-nascidos numa mesma semana em que Silvana estava ausente¹⁵⁶, as pressões para que a enfermeira fosse embora começaram a surgir e a atuação de Malu ganhava adeptos entre os Agentes Indígenas de Saúde, microscopista e também o chefe de Posto da FUNAI. Um aspecto que pode ser arrolado dentre as falas das pessoas que começaram a comparar a atuação das enfermeiras era o distanciamento de Silvana, isto é, o fato de que ela não dava satisfações em relação aos acontecimentos inesperados ou polêmicos. Não havia, portanto, uma interlocução, sendo qualquer forma de relação negada.

Quando houve, em 2008, o falecimento de um bebê numa emergência atendida pela técnica Helena na aldeia, a primeira providência de Malu, que estava na cidade por qualquer uma das razões mencionadas acima, foi retornar à aldeia no dia seguinte e contar a sua versão para todos os membros da equipe de saúde, professores e lideranças indígenas. Nas suas explicações, ela apontava que havia avisado aos pais que o bebê estava numa posição transversa no útero, necessitando de uma cirurgia cesariana no momento do parto. Ela também frisou que o pai do bebê admitira que recebeu o aviso por parte da enfermeira, mas que decidiu agir de outra forma. A preocupação de Malu em anunciar sua posição era, precisamente, o elemento que a diferenciava das atitudes indiferentes de Silvana.

A forma, portanto, como cada uma lidou com as mortes e as emergências foi mais significativa para a relação com os Munduruku do que o debate sobre porque as mortes chegaram a ocorrer, embora esse último ponto seja fundamental para o reconhecimento da eficácia contida nas ações de execução e administração dos programas de saúde. Alguns meses depois que encerrei o trabalho de campo, Silvana, que não chegou a trabalhar em outro Pólo-Base, foi desligada da FUNASA.

¹⁵⁶ Este caso será discutido no capítulo 4.

Como já destaquei anteriormente, um elemento que se tornou evidente ao comparar o cotidiano de trabalho das enfermeiras era a tensão entre a ênfase nas atividades de assistência direta e a gestão dos programas de saúde. Não podemos esquecer-nos da complexidade, entretanto, por meio da qual os Munduruku constituíam-se enquanto repertório utilizado para justificar certa forma de gerir a saúde, algo intensamente disputado pelas enfermeiras. Malu buscava a adesão das pessoas enfatizando a necessidade das visitas, mas instituindo trocas cotidianas com as pessoas, justificando suas atitudes quando algo não dava certo, atendendo prontamente pedidos de atendimento em casa. Silvana também buscava a adesão das pessoas aos programas de saúde, mas instituindo normas de conduta e recusando aderir a práticas locais, recusando trocar alimentos ou pedidos de atendimento em casa, visto que ela se negava a atender fora do Posto de Saúde, tendo inclusive dificuldades em dar credibilidade às reclamações dos Munduruku.

Nesse sentido, a etnografia permitiu delinear como as relações de poder se imbricavam com a própria noção de um atendimento diferenciado. Essa atenção diferenciada, entretanto, se estabelecia para as enfermeiras não como algo novo e inesperado, mas como um valor reconhecido e advindo de um *habitus*. Esse *habitus*, cuja expressão nativa que melhor o designa seria a de cuidados de enfermagem, está eivado de orientações sobre administração de cuidados como administração de comportamentos, na relação estreita entre cuidar e educar postulada pelas enfermeiras em seus discursos e práticas. A lógica de restringir comportamentos, relacionando cuidados materno-infantis a condições pouco higiênicas, fazia parte de um senso prático das enfermeiras no cotidiano da assistência à saúde indígena. O que não quer dizer, obviamente, que ambas fossem iguais. Mas, por isso mesmo é que o conceito de *habitus* nos permite construir uma teoria da prática que não dissimula diferenças ou agências em favor da histórica dicotomia administrar/cuidar na constituição do campo da enfermagem. A construção de significados opera simultaneamente à produção de dicotomias, as transformando, agregando novos sentidos e complexificando tal oposição de maneira que falar dessa relação é, necessariamente, falar de pessoas, ações e relações de poder.

A falta de formação específica na atuação com povos indígenas poderia saltar aos olhos diante dessa discussão. Entretanto, notei que as duas enfermeiras se consideravam experientes, a sua maneira, sobre o tema. Malu dava destaque às ações de assistência direta. Uma de suas afirmações mais enfáticas era a de que odiava escrever e

que “se dependesse disso para viver, eu morria!” Se Malu não valorizava o ato de anotar e escrever em seu trabalho cotidiano como enfermeira, outros aspectos eram considerados cruciais. No sentido da prestação de assistência direta, Malu não realizava as visitas nas casas da maneira como me havia descrito quando nos conhecemos. No entanto, ela jamais se negava a fazer a visita quando era diretamente solicitada pelos Munduruku. As visitas guardavam um sentido totalizante no discurso da enfermeira em relação aos Munduruku: em “seu” Pólo-Base nenhuma criança havia morrido. Era nesse sentido primordialmente que as visitas nas casas eram enquadradas, o que conferia um estatuto de experiência, um conhecimento prévio da população da aldeia oriundo de uma intimidade, de um longo tempo decorrido em aldeia.

Por outro lado, profissionais de saúde que não arrolavam em suas trajetórias o mesmo tipo de experiência cujo sentido se dirigia em classificar o comportamento do outro, utilizavam outros elementos com sentido similar. Silvana destacou, certa vez, um curso que havia feito na UEPA sobre populações indígenas, ribeirinhos e quilombolas. Em suas palavras:

“Silvana - Nós tínhamos algumas enfermeiras no quadro dos professores que já tinham passado por essa experiência. Na época que eu fiz esse curso, eu não tinha muita noção do que era. E hoje, quando eu paro para pensar e me lembro tudo o que a professora falou, é verdade. Ela falou tudo. Falou do pajé brabo¹⁵⁷, de como eram as festas da aldeia.

Cristina – Então ela falava sobre os Munduruku?

Silvana – Não, ela falava da *população indígena*. De como não é muito diferente uma aldeia da outra, um grupo do outro. Não é muito diferente. Eles têm as crenças deles no pajé, nisso e naquilo. Ela falava assim de uma forma globalizada. Dizia como que tinha que se portar, *quais eram os cuidados* que tinha que ter, de não bater de frente com a medicina deles, com a crença deles, que viria primeiro as crenças deles e depois a gente entrava com a nossa parte de científico... Agora, eu digo especificamente que foi sobre os grupos indígenas, que é o que chama mais atenção. Lá teve sobre os quilombolas também, ela falou sobre os ribeirinhos... *Mas ribeirinho é muito normal, né?* Para a gente, que mora na beira do rio, é tudo muito normal, a gente convive com aquilo.”

¹⁵⁷ Pajé brabo era como os feiticeiros eram comumente chamados, em detrimento dos pajés mansos (xamãs), que promoviam a cura. Os pajés brabos eram referidos pelos Munduruku para designar pessoas que possuíam poderes xamanísticos, mas atuavam como feiticeiros. Os feitiços dos pajés brabos seguiam pelo ar e podiam atingir qualquer Munduruku, principalmente crianças desprotegidas já que havia vários remédios tradicionais para reservá-las desse perigo. O pajé brabo também agia preferencialmente colocando feitiços no posto de saúde e na Casa de Saúde Indígena, motivo pelo qual os Munduruku expressavam o receio de permanecer nesses lugares por muito tempo, sobretudo na companhia das crianças. Esse tema será mais bem explorado no próximo capítulo sobre os Agentes Indígenas de Saúde, quando das visitas às famílias Munduruku, e também para pensar sobre a posição do AIS enquanto mediador.

A definição de normalidade contida nesta fala reforça o teor da produção da indiferença pela via estrita da diferença, isto é, da produção de uma alteridade radical entendida como irreduzível. Ao comparar ribeirinhos e indígenas, a enfermeira pontua a marcante distância entre ambos e, ao mesmo tempo, destaca e insere seu lugar de fala. Essa lógica da distinção produzia um distanciamento a partir do qual o não-envolvimento se configurava. As acusações que a enfermeira Silvana efetuava, nesse sentido, eram sempre genéricas e enunciadas como um hábito dos Munduruku em geral, de uma comunidade inteira ou ainda, era um problema de fora da aldeia e sem possibilidade de solução localizada.

Malu, por outro lado, apontava as pessoas ou atitudes que reprovava e o motivo. A forma da relação era a do engajamento explícito, ao ponto de estabelecer desavenças circunstanciais e pontuais entre os Munduruku e entre os profissionais de saúde ao mesmo tempo, uma vez que seu grau de envolvimento e engajamento nas questões de saúde do município e das aldeias lhe permitia essa forma de relação. No caso de Malu claramente se constrói o valor da experiência na saúde indígena e a competência de saber fazer centralizando em sua persona as habilidades para tal.

Assim, a forma de poder exercida no contexto de atendimento cotidiano nos Postos de Saúde na aldeia era constituída por uma ação capilar cuja principal característica era a de que não havia um conteúdo fixo ao qual o exercício desse poder se ligava inexoravelmente. Ao contrário, vimos como a própria classificação biomédica podia ser relativizada pelas enfermeiras a favor de um princípio fundador do senso prático que permeava suas ações: os cuidados de enfermagem. O cuidado era um princípio que interligava as ações de duas enfermeiras que, como vimos, tinham visões muito diferentes da experiência de viver na aldeia e das ações mais importantes a serem desenvolvidas. Entretanto, a própria noção de cuidado, ao se constituir numa forma de poder, acionava necessariamente conteúdos contrastivos como resultado de disputas internas ao grupo das enfermeiras. Assim, a importância de explorar os diferentes pontos de vistas nos levou ao estabelecimento de alguns contrastes que apontaram uma cisão socialmente significativa às mesmas. Cuidar era tanto uma tarefa que envolvia assistência direta quanto a administração de programas de saúde. Para Malu ser enfermeira significava ir à casa das pessoas, conhecer problemas que elas mesmas poderiam não reconhecer como problemas, se envolver nas tomadas de decisão dos caciques, trocar alimentos com as pessoas, reclamar da falta de higiene das mães para

com seus filhos. Para Silvana ser enfermeira significava atualizar os programas de saúde, prestar consultas de enfermagem, pedir as pessoas para vir ao Posto de Saúde, restringir horários de atendimento, não se envolver no universo de relações na aldeia, escrever consolidados em dia, manter-se nos limites do Posto de Saúde. Buscar valorar a melhor atuação seria propriamente um equívoco nos termos da abordagem teórica escolhida. Inserindo esses conteúdos como uma teoria da prática, conseguimos compreender o mecanismo de suas atuações, tentando tecer comparações mais abrangentes com outras formas de poder historicamente relacionadas às práticas da administração pública entre os povos indígenas. No caso das enfermeiras, a noção prática de cuidados de enfermagem incapacitava o outro através da imposição de um olhar sobre as doenças em relação aos Munduruku, podendo sim fazer uso das classificações da biomedicina para tal, mas usando outros dispositivos socialmente relevantes provenientes da organização social e familiar, como as acusações em torno da relação entre mãe e filho e o cuidado de si. E, apenas na medida em que nos aproximamos do cotidiano das enfermeiras, da atribuição de valor dadas às suas experiências – aos significados construídos em torno de atender os Munduruku como um repertório que conferia legitimidade às práticas – é que foi possível começar a visualizar a forma do poder estabelecida no contexto atual da assistência à saúde indígena e pensar nas suas especificidades. Abordarei mais longamente esta forma de poder nas considerações finais, pois antes se faz necessário inserir outro ator/sujeito: os Agentes Indígenas de Saúde.

Capítulo 4

O Agente Indígena de Saúde e sua posição na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena: reflexões sobre os limites da ambiguidade

Questões preliminares sobre o papel do Agente Indígena de Saúde

O papel estratégico do Agente Indígena de Saúde na vinculação das práticas de saúde da biomedicina e das medicinas indígenas, tendência de pensamento traduzida na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas¹⁵⁸, tem sido analisado na literatura antropológica recente. Desde trabalhos realizados por Garnelo & Wright (2001) entre os Baniwa do Alto Rio Negro, Langdon et. al. (2006) e Dias-Scopel (2005) entre povos indígenas de Santa Catarina, Erthal (2003) entre os Tikuna no Alto Solimões e Novo (2010) entre os Kalapalo do Alto Xingu, delineou-se um acúmulo de experiências sobre a figura do Agente Indígena de Saúde, seus principais problemas cotidianos, seus dilemas não reconhecidos e, em consequência, a ambiguidade de seu papel social como mediador ou articulador das diferenças culturais em torno da assistência à saúde.

O papel do Agente Indígena de Saúde começou a ser pensado e construído politicamente a partir do início dos anos 90 – embora os anos 80 tenham sido marcados por iniciativas locais de Organizações Indígenas e Organizações Não-Governamentais em favor de uma participação efetiva na assistência à saúde.¹⁵⁹ Mas, foi a partir de 1991 que muitos indígenas participaram de cursos de formação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o PACS¹⁶⁰. Nesse momento, os agentes já eram formados visando possibilitar uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e suas comunidades, subentendendo que sua participação como agente de saúde integrado às

¹⁵⁸ Dos nove termos de comprometimento geral adotados pelo documento como diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, destaco “1) Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e 2) Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde”. FUNASA, (2002:13).

¹⁵⁹ Ver Erthal (2003) e Garnelo (2004).

¹⁶⁰ Ver Silva & Damaso (2002) para um histórico da formação da política de saúde em torno do agente comunitário e Scott (2008) para uma leitura crítica das relações de poder dentro das equipes de saúde na qual a duplicidade da figura do agente comunitário de saúde é problematizada.

equipes médicas representaria uma interlocução mais ampla com as populações historicamente menos assistidas pelas políticas de saúde no país.

No entanto, a participação do agente comunitário de saúde já esbarrava em dilemas do saber/fazer participativo proposto pelo PACS. Existe uma profusão de trabalhos¹⁶¹ no campo da saúde pública que buscam refletir sobre as diversas experiências de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e que pontuam vários tipos de ambiguidade. Interessante notar que essas ambiguidades se expressam através de uma variedade de dicotomias estabelecidas entre valores, modelos e conceitos que se opõem, tais como: demanda espontânea *versus* busca ativa, modelo de saúde hospitalocêntrico *versus* modelo de saúde comunitário, assistência emergencial *versus* prevenção/promoção de saúde, saberes biomédicos *versus* saberes populares/tradicionais, papel técnico *versus* papel político (Bornstein & Stotz, 2008). Todas essas cisões nos conectam a divisões há muito presentes no debate da saúde pública e que têm sido atualizadas em face da atuação dos agentes.

O que não podemos confundir, entretanto, é a novidade que o ACS representa em termos da criação de uma categoria profissional (instituída pela lei 10.507 de 2002) no interior das equipes de saúde da atenção básica e a reflexão sobre seu papel de mediador. Na maior parte dos trabalhos, existe uma reflexão competente sobre os dilemas do ACS – tomados a partir das dicotomias relacionadas acima, mas a dificuldade de se produzir um estranhamento sobre essas próprias divisões terminam por reforçar uma noção de ambiguidade que cristaliza a ação dos ACS, sua prática, ao seu papel. Ambiguidade seria, antes, uma definição “nativa” reflexo do incômodo, desconforto e dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde em vincular a si mesmos com a atuação do ACS, isto é, de incorporar o agente de saúde à hierarquia e à dinâmica social dos serviços de saúde. Nesse sentido, o processo de inserção do ACS deve ser olhado a partir daquilo que olhamos ao considerarmos a atuação dos outros profissionais de saúde: a relação mantida entre eles. Em que pese a problemática envolvida nas atribuições de cada um, a hierarquia é um aspecto evidente na consolidação das relações no interior das equipes de saúde. Agora, quando tomamos a profusão de situações ambíguas vividas pelos ACS sob um olhar atento, vemos que sua origem recai na irredutibilidade das dicotomias que operam no campo da saúde. Desse modo, a prática dos ACS – e que se estende aos AISs de modo que será delineado ao

¹⁶¹ Ver Viana & Dal Poz (1998), Nunes et al (2002), Pedrosa & Teles (2001) e Trad et al (2002).

longo do capítulo – engloba diversos níveis de mediação distintos. Apenas para citar alguns exemplos, a atuação dos ACS tem sido vinculada à mediação de diferentes conceitos de saúde, doença e cura; mediação como facilitação do acesso ao serviço de saúde; mediação entre demandas da política de saúde (metas, indicadores de saúde, redução de índices de mortalidade e doenças específicas) e demandas da comunidade (multiplicidade de contextos que produzem demandas muito distintas); mediação entre demanda técnica na execução de tarefas como aplicar injeções, medir temperatura corporal, medir pressão arterial, etc. e demandas por representação política de sua comunidade (defesa de interesses coletivos e instrumentalização da cidadania). Essa multiplicidade de definições é, em parte, obscurecida pela noção de ambiguidade atribuída ao papel dos ACS/AIS, como se fosse algo da ordem do indefinido, quando na verdade o que existe é uma enorme quantidade de definições. Assim, a própria definição de mediação é que precisa ser considerada e exposta.

Outro ponto que a revisão bibliográfica nos permite levantar é que há poucos trabalhos que versam sobre a relação dos agentes com os outros membros da equipe, principalmente as enfermeiras, com quem possuem uma relação institucional do tipo agente/supervisor. Como pensar um novo modelo de organização dos serviços sem problematizar essa hierarquia? Ao discutir o ponto de vista de um grupo de enfermeiras/professoras sobre o trabalho dos ACS, Martins et al (1996) sugere em suas conclusões que, para elas, a mediação dos agentes significa, basicamente, atividades de promoção e prevenção à saúde. Assim, a dificuldade de mediação do ACS aparece relacionada ao entendimento que cada membro da equipe de saúde possui dessa mediação. Assim, minha contribuição a esse debate seria a de – ao complexificar e atualizar o ponto de vista das enfermeiras – desafiar o poder explicativo do termo ambiguidade para descrever os problemas que o AIS enfrenta enquanto um mediador que *deveria ser*, segundo a Política Nacional de Saúde Indígena, cuja tendência de pensamento segue as experiências com os Agentes Comunitários de Saúde, também considerados mediadores, tendo sido, inclusive, a primeira forma de inserção indígena nas equipes de saúde, como veremos adiante. Desse modo, sugeriria que não há como falar em mediação sem considerar a relação entre os Agentes e seus *pares profissionais*, ou seja, sem considerar sua inserção nesse grupo. Apontando para o modo de construção da interface com outros profissionais de saúde da equipe¹⁶², creio que nossa

¹⁶² A problematização da mediação de saberes entre os Agentes Comunitários de Saúde pode ser encontrado na tese de doutorado de Bornstein (2007) e em Bornstein & Stotz (2008). Ainda, na tese de

análise pode ganhar em termos da compreensão dos mecanismos sociais que reproduzem as dicotomias historicamente construídas no campo da saúde, em especial, da saúde pública e da atenção básica relativa aos povos indígenas.

*

O que os trabalhos sobre os Agentes Indígenas de Saúde têm mostrado é que seu engajamento no interior das equipes de saúde tem se dado a partir de uma explícita vinculação a critérios “técnicos” do saber-fazer da biomedicina, num movimento similar ao que estaria ocorrendo no contexto do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Nesse aspecto, as ambiguidades compartilhadas nasceram no seio de uma mesma proposta de política nacional de saúde, e que já se deparavam com o constante deslizamento da figura dos agentes comunitários em torno de suas atividades. O trabalho de prevenção e promoção à saúde que inclui uma forma específica de realizar visitas, nos oferece um bom exemplo da produção da ambiguidade na prática dos AISs. A tarefa de orientar as pessoas em temas como higiene corporal e ambiental, cuidados com a água para beber e cozinhar, com a limpeza da casa, com as crianças ocasionava um desgaste entre muitos AISs, conforme pude perceber durante a pesquisa de campo. Isto ocorria porque a constante visitação das casas era permeada pela complexidade das demandas das pessoas que, por estar sendo sempre visitadas, instituíam um canal de comunicação com esses agentes. Entretanto, o espaço posterior de vinculação dessa experiência rica das visitas era a produção de relatórios que não eram discutidos, lidos, ou comentados, já que as enfermeiras partiam do pressuposto de que dominavam os principais problemas de saúde na aldeia em que trabalhavam. Assim, mais do que pensar que o critério da busca ativa limita o desempenho e a potencialidade do AIS em ser um elo de comunicação, o próprio instrumento da busca ativa gerava uma tensão particular na relação com as enfermeiras.

Assim, o critério da busca ativa não é apenas um dispositivo incompleto do ponto de vista da complexidade da relação entre ausência de doenças e bem estar físico, social e ambiental, etc., isto é, do ponto de vista da abrangência com que o conceito de saúde tem sido tomado. A própria questão da busca ativa encerra uma tensão entre AIS e enfermeiras pela forma de representar e entender a realidade das famílias na aldeia e a

doutorado de Silva (2001), a autora faz uma análise específica sobre a ambiguidade presente num perfil de tarefas “institucionais” e “comunitárias”.

maneira de abordá-las. Por isso, o que está em jogo para os enfermeiros/supervisores do trabalho dos AISs é o treino do seu olhar para a composição de índices de risco das doenças, de modo que o próprio AIS se transforme num dispositivo da cobertura dos serviços de saúde, numa extensão do domínio dos enfermeiros sobre a realidade epidemiologicamente construída. Assim, a possibilidade de mediação dos Agentes Indígenas de Saúde é, ao mesmo tempo, incentivada e confrontada pelos profissionais da enfermagem, sendo um instrumento de controle sobre os Agentes Indígenas de Saúde, independente da produção escrita.

Assim, meus dados apontam para a importância de tomar a relação entre os AISs e as enfermeiras como aspecto integrante da “ambiguidade”. Por isso é importante dimensionar a posição ocupada pelo AIS no seio das relações tecidas no interior da equipe de saúde. Nesse contexto, a composição da EMSI ganha em compreensão ao ser desmembrada e distanciada de uma imagem fixada, muitas vezes, pela noção de equipe como um todo homogêneo.

Os AISs eram alvo de críticas frequentes pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem também que identificavam e nomeavam essas ambiguidades através de uma série de disputas cotidianas sobre as atividades. Assim, enquanto as técnicas de enfermagem disputavam com os AISs tarefas específicas como aplicar medicamentos, dar orientações, poderíamos nos perguntar como se dá essa relação junto às enfermeiras, com quem os AISs mantêm um tipo de vínculo previamente estabelecido como supervisor-agente. Apesar desse termo de relação estar textualmente explícito em todos os textos oficiais da política de saúde, seja no caso do SUS ou no caso do Subsistema de Saúde Indígena, nos cabe indagar como essa transferência de modelo de organização se manifesta no interior da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. Creio que seria complicado analisar o papel do AIS sem refletir sobre a sua posição dentro da equipe de saúde. A experiência com Agentes Comunitários de Saúde tem mostrado que a interface com os outros profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) conformam parte fundamental nas definições e atribuições cotidianas desse trabalho de mediação e que é, ao mesmo tempo, um trabalho supervisionado (Cardoso & Nascimento, 2010). Devemos levar em conta, para entender essa especificidade, algo que nos remete, por outro lado, ao papel das enfermeiras na equipe: cuidados de saúde e administração de serviços e pessoal de saúde.

A noção de que agentes comunitários formariam elos de comunicação entre os serviços de saúde e as comunidades, na busca de um engajamento particular em torno

das populações desassistidas, é oriunda da Declaração de Alma-Ata, em 1978, que atribuiu importância fulcral ao desenvolvimento de uma saúde comunitária. Com a consolidação dessa discussão no Brasil, a partir da criação do SUS e seu princípio de descentralização, a principal tarefa dos agentes comunitários, dentre os quais os indígenas estavam ‘imersos’ nas décadas de 80 e 90, seria articular as demandas de suas comunidades frente aos seus supervisores nas equipes de saúde, mas também a de serem capacitados em atividades de prevenção e promoção à saúde por esses supervisores¹⁶³. Esse pensamento foi reproduzido no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena através da composição de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, à luz de experiências com saúde comunitária ao longo da década de 90 e inspiradas tanto no Programa de Agentes Comunitários de Saúde quanto no posterior Programa de Saúde da Família. Nesse contexto, se planejava uma política de formação de recursos humanos para os Agentes baseada na palavra-chave da mediação. Vale lembrar que mais de 1.400 indígenas já trabalhavam como Agentes Comunitários de Saúde na ocasião do lançamento da Política Nacional de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas (FUNASA, 2002:12).

Nesse contexto, o trabalho do ACS/AIS já vinha sofrendo uma dupla interdição, pertinente ao seu papel de *elo comunicativo*: tanto sua comunidade quanto a equipe de saúde apresentavam constantes apreciações a respeito de seu desempenho, empurrando ao limite sua participação como mediador. Os aspectos da formação e do cotidiano de trabalho desses agentes de saúde passaram, então, a ser objetos de análise de pesquisadores interessados em aprofundar os limites e possibilidades de uma mediação erigida no seio das práticas de atenção básica à saúde. Assim como pesquisadores que se debruçaram sobre a construção do lugar dos ACS (Scott 2008, VÍctora et. al 2008), a ambiguidade também passou a ser utilizada pelos autores da saúde indígena como uma noção importante para dar visibilidade ao dilema vivido pelos AISs.

Gostaria de sugerir, ainda, que a situação dos AISs também nos remete ao problema histórico relacionado à forma como a organização dos serviços de saúde inclui a figura do agente comunitário e como se vincula ao papel dos supervisores, isto é, dos enfermeiros. A partir dessa reflexão, o poder agregado ao exercício de um papel de mediação será problematizado na análise sobre o papel dos Agentes Indígenas de Saúde,

¹⁶³ Como veremos nos relatos de ex-Agentes Indígenas de Saúde, seus trabalhos incluíam visitas às casas para cumprir programas de prevenção e promoção à saúde, mas nenhuma descrição relacionada à articulação de demandas das comunidade frente aos supervisores à época foi mencionada. Ao contrário, esses ex-agentes mencionam as cobranças das comunidades feitas diretamente sobre a sua atuação.

tendo como referência uma relação que se institucionalizou junto com esse processo, qual seja, a relação entre enfermeiros e agentes de saúde. O papel do AIS, assim, parece seguir o caminho de uma instrumentalização dos princípios do SUS, tanto através dos princípios que norteiam o Subsistema de Saúde Indígena como também através das interlocuções cotidianas que sustentam a prática dos AISs. Considerando o entrelaçamento desses dois fatores, se o lugar do Agente Indígena de Saúde se configura enquanto elo comunicativo, até que ponto esse elo constitui uma possibilidade de mediação? Podemos inferir que ocorra uma mediação de saberes sem delimitar a forma da relação entre as categorias profissionais?

*

Ambiguidade e posição social no grupo. O tema da ambiguidade foi tratado num interessante estudo de caso (Victoria, Knauth & Oliveira, 2008) sobre a inserção de Agentes Comunitários de Saúde no cotidiano de um Posto de Saúde numa comunidade da periferia de Porto Alegre. Na análise dos autores, a ambiguidade se configurava em, pelo menos, dois níveis: na esfera das atividades exercidas, isto é, como o trabalho do ACS poderia se relacionar com o trabalho dos outros profissionais de saúde, principalmente técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos; e na avaliação atribuída ao trabalho dos agentes por seus supervisores (médicos e enfermeiros). Assim, num primeiro momento, os autores destacam as ambiguidades em relação à divisão de atribuições ocorridas em função da incorporação do ACS: ações de caráter preventivo, por exemplo, entravam em conflito com atividades relacionadas ao papel do médico comunitário. Já as atividades como aplicar injeção e tratar ferimentos entravam em conflito com as atividades de auxiliares/técnicos de enfermagem. No entanto – e surpreendentemente – o que poderia ser pensado como um problema geral a todos os agentes, já que se tratava de pensar sobre o papel dos agentes, aparecia de maneira diferente entre duas agentes acompanhadas no estudo de caso. A ambiguidade em uma era mais forte que em outra. Quando os autores se propuseram a refletir sobre os motivos das diferenças que influenciavam diretamente na noção de ambiguidade como categoria central ao papel das agentes comunitárias, chegaram a conclusão que o manejo da distância social era mais importante aos profissionais de saúde do que a constituição de atividades específicas em si mesma. Nesse sentido, o modo de participação das agentes era tanto mais satisfatório quanto mais fosse pautado em

símbolos da distância social existente entre o grupo de médicos e enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. A agente que era mal avaliada tecnicamente no desempenho de suas funções era a mesma que adotava atitudes reprováveis para os membros da equipe de saúde: mudanças visíveis nos modos de se vestir, falar e agir constituíam verdadeiros índices da materialidade do ambíguo que se amalgamavam ao seu papel como ACS. Os autores apontam diversos índices para os quais os profissionais de saúde estavam atentos: a postura corporal contida durante as reuniões, a substituição de termos populares por termos técnicos, a adoção de roupas novas, bijuterias e maquiagem para comparecer ao trabalho elaboravam um distanciamento da condição de pertença à comunidade, gerando constrangimentos ao restante da equipe e dúvidas quanto à competência da agente. A agente comunitária que gozava de altos índices de aprovação entre os médicos e enfermeiros se destacava nas reuniões através de uma participação especialmente pautada em índices de pertença à comunidade. Assim, ela apresentava formalmente nas reuniões as reclamações ouvidas durante as visitas domiciliares, destacava outros problemas que seus vizinhos lhe comunicavam, não apenas em questões de tratamento médico, mas inclusive na ausência dos médicos e/ou enfermeiros em eventos festivos na comunidade. Em suas conclusões, o artigo sugere que a ambiguidade do papel do agente comunitário de saúde seria tanto maior quanto maior fosse a distância social, cultural e econômica entre a comunidade da qual o agente é membro e os “valores dominantes da sociedade”, isto é, do grupo de médicos e enfermeiros da equipe de saúde. Assim, enquanto a agente bem sucedida recebia suporte dos médicos e enfermeiros na condução de pequenas técnicas de atendimento como troca de curativos e injeções solicitadas pelos seus vizinhos em casa, sem ser questionada por isso, a outra agente era tratada com extrema desconfiança em relação às suas habilidades individuais para exercer aqueles mesmos trabalhos. Com efeito, a estreita relação entre distância social e confiança inter-pessoal só pode ser compreendida na medida em que damos o devido valor às implicações diretas que o manejo desses índices da distância social podiam ter sobre a avaliação que se fazia do trabalho das agentes, sobretudo nos aspectos “técnicos” de sua atuação. Evidencia-se aqui o quanto as relações cotidianas oferecem em termos de uma análise das relações de poder e sua interface na construção social da eficácia.

Em outras palavras, a ambiguidade dos agentes comunitários de saúde aparece estreitamente relacionada ao manejo de sua posição social, sendo o saber/fazer técnico uma consequência do sucesso dessa empreitada, e não o contrário. A posição social das

agentes no interior da equipe de saúde precedia *o papel* do agente, se constituindo como a face oculta da atuação das agentes comunitárias que só pôde ser desvelada no esmiuçamento dos critérios de avaliação dos supervisores, conferindo à análise da ambiguidade do papel dos ACS o valor da relação entre estes e o restante da equipe de saúde.

Erthal (2003), ao analisar o papel do Agente Indígena de Saúde no DSEI Alto Solimões, explicita a forma como o AIS é considerado dentro da equipe de saúde. A partir de um papel geral de educador das comunidades, a autora elabora o sentido específico no qual este é concebido pelos profissionais de saúde: como mero “facilitador” da entrada das populações indígenas no sistema oficial de saúde. A consequência direta desse viés na concepção sobre o papel dos AISs é a redução de seu perfil mediador para um perfil de assistente, seguida por um paralelismo que afeta as práticas terapêuticas que deveriam ser postas em diálogo como proposta inerente à Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Se por um lado, há razão na afirmação de que o paralelismo em que ocorrem e se vivenciam as práticas terapêuticas na aldeia permite vislumbrar a vitalidade das práticas indígenas, não é menos verdade que a redução do papel do AIS se refere à própria maneira como é instrumentalizado pelos profissionais de saúde, ou mais especificamente, pelos profissionais de saúde que o supervisionam como parte formal de seu trabalho na EMSI.

Meus dados mostram que apesar do AIS ter comprometida sua possibilidade de mediação, a figura do cacique era acionada em momentos de impasse, nos quais o profissional de saúde buscava convencer o paciente sobre determinados tratamentos, como internações, exames clínicos e/ou consultas na cidade, entre outros. O cacique era especificamente mencionado pelos profissionais de saúde como o recurso de mediação a ser usado no caso em que o profissional de saúde e o paciente discordam em relação ao itinerário terapêutico que deve ser seguido. Aproveitando o ensejo, cabe também mencionar que eram os xamãs/pajés que possuíam a autoridade, ainda anterior a do cacique, para mediar a composição em si do itinerário, contribuindo ativamente para mediar, por exemplo, o uso dos medicamentos alopáticos.

Por outro lado, há que se reconhecer, como faz a Erthal (2003), que esse paralelismo, justamente, permite-nos observar uma intensa vitalidade das disputas políticas internas e modos de cura tradicionais, que não são diretamente cindidos ou paralisados por essas iniciativas mal engendradas de participação indígena no sistema de saúde governamental.

Esse quadro, contudo, não é exclusivo ao Agente Indígena de Saúde, mas reforçado pela forma de trabalho da equipe de saúde como um todo, que se concentra na prescrição de medicamentos, vacinas, administração dos programas de saúde e produção de relatórios quantitativos. Os profissionais de saúde não requerem mediação para essas atividades de administração, quando na verdade a realização dessas atividades implica a exclusão de qualquer investimento em compreender representações sobre o processo saúde/doença. A lógica das práticas terapêuticas indígenas não é percebida como uma parte do processo de administrar os programas de saúde, mas como parte do processo de supervisionar o trabalho dos AISs, administrando suas atividades. Mas se o paralelismo fala de uma relação entre profissionais de saúde e povos indígenas, pouco nos ajuda a pensar sobre a especificidade da mesma. Por isso, as conclusões a respeito das equipes de saúde, em geral, redundam na noção de que estas não seriam “abertas” ou “sensíveis” às práticas terapêuticas indígenas, aos AISs ou aos conhecimentos dos pajés. Do mesmo modo que seria equivocado supor que a articulação de sistemas médicos deveria seguir os moldes de uma hierarquia das eficácias, seria igualmente complicado desconsiderar a posição social ocupada pelo AIS em face das relações estabelecidas com os outros profissionais de saúde que compõe as EMSIs.

*

As diretrizes para a formação de Agentes Indígenas de Saúde¹⁶⁴ viriam a desembocar nos anos seguintes à implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em diversos Módulos de Educação Profissional do Agente Indígena de Saúde¹⁶⁵. O componente adicionado aos programas de formação dos AISs – a atenção diferenciada – entrou no terreno das disputas de significado no campo da saúde como legitimadora de uma série de situações consideradas ambíguas, não somente quanto ao papel do AIS, mas sobre o cotidiano da assistência como um todo¹⁶⁶.

¹⁶⁴ Fundação Nacional de Saúde. 1996. Formação de Agentes Indígenas de Saúde. Proposta de diretrizes. Brasília: FUNASA.

¹⁶⁵ Atualmente, existem seis módulos de educação profissional para esses agentes. O módulo Introdutório recebe especial destaque por ser aquele que irá ‘introduzir o contexto das relações interculturais e suas implicações no processo saúde-doença e na mudança do perfil de morbimortalidade e a organização dos DSEIs. *O critério epidemiológico indica a escolha dos módulos subsequentes. As competências e habilidades previstas no processo de formação serão desenvolvidas ao longo destes seis módulos.*’ (FUNASA, 2005:5). (grifos meus).

¹⁶⁶ O aspecto nocivo desses deslizamentos de sentido em torno do conceito de Atenção Diferenciada é objeto específico de análise em Langdon (2004:42-5).

Langdon, Diehl, Wiik & Dias-Scopel (2006) argumentam em torno de um progressivo deslizamento dos AISs no interior da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena para a função de técnicos de enfermagem.

Durante a pesquisa de campo, a etnografia de reuniões das equipes multidisciplinares contribui para analisar esses eventos como críticos à análise da posição social ocupada pelos AISs no que tange aos processos decisórios¹⁶⁷ e até mesmo o direito à palavra nesses espaços, o que estaria intimamente relacionado ao processo de controle social e mediação. Contudo, ponderando sobre as conclusões de Langdon et al. (2006), o esvaziamento do papel de mediação no universo investigado vai ao poucos se combinando com os limites encontrados pelos AISs no cotidiano de sua atuação “técnica” no qual ele deixa de ser mediador e torna-se um aprendiz inserido numa hierarquia que reformula o lugar de fala dos Agentes Indígenas de Saúde. Na prática, tais agentes se constituem como ajudantes das enfermeiras na execução dos programas de saúde.

Desta perspectiva, as tentativas de produzir a mediação através do preenchimento de formulário têm se demonstrado uma estratégia pífia frente à posição residual que o AIS têm ocupado no interior das equipes de saúde. Mas, por outro lado, podemos afirmar que é uma estratégia plenamente eficiente na tentativa constante dos profissionais de saúde de marcar distâncias sociais, utilizando a lógica de classificação escolar como suporte prático de suas atuações enquanto supervisores. Adiciona-se a isso o fato de que não haveria espaços de diálogo – institucionalmente fomentados – pelos quais os profissionais de saúde pudessem discutir a própria condição de produção dos dados dos formulários, algo que a organização dos serviços no interior do Subsistema providencialmente naturaliza. Não haveria espaço para que os Agentes Indígenas de Saúde questionassem ou formassem intervenções na organização dos serviços de saúde, algo que seria fundamental ao estabelecimento de uma perspectiva mediadora. Estas ausências se devem, sugeriria, a um problema na formulação de um dever-ser pela política de saúde que produziu um papel, uma figura a quem atribuiu um poder de mediação que não tem correspondido à posição ocupada pelos Agentes Indígenas de Saúde no cotidiano das aldeias, pelo menos é o que meus dados indicam e que procurarei problematizar através do acompanhamento dos AISs em suas atividades diárias. Ainda, valeria destacar que os AISs são, certamente, valorizados pelas suas

¹⁶⁷ Ver também Garnelo & Sampaio (2003) e Garnelo & Sampaio (2005).

comunidades, mas enquanto representantes de um conhecimento biomédico de difícil acesso por outras vias (acesso às formações universitárias). A legitimidade de seu trabalho não se reduz, absolutamente, por não corresponder ao dever-ser dos textos oficiais. Ao contrário, minha perspectiva é de que o agenciamento das comunidades sobre o trabalho dos AISs tem sido uma alternativa coerente e condizente com suas expectativas em relação a essas novas categorias profissionais que tem sido oferecida aos povos indígenas pelas políticas governamentais. Minha crítica, portanto, nada tem a ver com um questionamento da legitimidade do trabalho realizado pelos Agentes Indígenas de Saúde.

A ambiguidade do papel do AIS surge, a meu ver, a partir da posição explicitamente secundária que a noção de diferença cultural ocupa entre os profissionais de saúde, sobretudo se levarmos em consideração a forma como o processo cotidiano de administrar a saúde ganha vida. Podemos inferir, nesse sentido, que a alteridade se configura como um pólo negativo da relação cuidar/administrar, pesando contra o respeito às diferenças os próprios métodos de organização dos serviços de saúde cujos sentidos só podemos apreender através da contribuição específica que as categorias profissionais da enfermagem sugerem através de suas próprias ambiguidades historicamente construídas no exercício da enfermagem.

No aspecto da mediação dos saberes biomédicos e indígenas, entretanto, há mais do que ambiguidades. Uma dissintonia aparece através da constatação de que os atores sociais responsáveis tanto pelo saberes biomédicos como pelos saberes indígenas não estão dispostos a “revelar seus segredos” aos Agentes Indígenas de Saúde. Os médicos e enfermeiros são especialmente alertas, como vimos, na tentativa de evitar que os agentes aprendam atividades que estariam impedidos de exercer. Por outro lado, pajés, parteiras e benzedores não demonstram se vincular às atividades dos AISs em qualquer nível, nem os AISs se vinculam a estes. Os pajés, como já disse, possuem fundamental papel na mediação dos saberes, na medida em que participam do itinerário terapêutico dos Munduruku, fonte de constantes tensões com a equipe de saúde.

*

Tomando como parte dessa reflexão mais geral que acabo de apresentar os relatos de indígenas que foram ou ainda são Agentes Comunitários/Indígenas de Saúde, a contribuição desse capítulo se coloca na expansão dos horizontes de reflexão para além da noção de mediação de saberes (enquanto intermedicalidade) na tentativa de refletir sobre os limites e possibilidade da atuação do AIS, expondo seus dilemas a

partir de uma perspectiva etnográfica centrada na atribuição de responsabilidade e disputa de poder. O que surge nos dados etnográficos são deslizamentos de sentido construídos – não somente por uma ausência de mediação de saberes – mas por uma relação específica entre os agentes indígenas e as enfermeiras. Mais do que reduzidos ao papel de um “técnico de enfermagem bilíngüe”, os Agentes Indígenas de Saúde são treinados, aconselhados, direcionados, supervisionados e controlados no intuito de “promover a saúde” compondo índices de risco sobre certas doenças. É sobre isso que tratam os diversos módulos de formação profissional dos AISs da FUNASA¹⁶⁸. Além do módulo introdutório, em que se delineiam os princípios da atuação do AIS e do enfermeiro no processo¹⁶⁹, os módulos seguintes são divididos em torno de doenças e programas de saúde oriundos do SUS: Parasitoses intestinais e doenças de pele; Saúde do adulto e atendimento de emergências; Doenças endêmicas; Saúde da mulher, criança e saúde bucal e DST/AIDS. Apenas tomando esses módulos, podemos inferir que não há neles uma formação destinada ao profissional de saúde que não seja a de supervisor dessas referências biomédicas que já fazem parte de suas formações profissionais. Ademais, agentes de saúde e enfermeiras constituem duas partes de uma relação historicamente conhecida no campo da saúde, não sendo uma novidade nesse sentido. A memória de antigos Agentes Comunitários de Saúde entre os Munduruku constituem um ponto de partida importante para as reflexões atuais sobre o Subsistema de Saúde Indígena e a posição que o AIS vem ocupando nesse processo.

Ex-Agentes Comunitários/Indígenas de Saúde: manejando a distância social

Como dissemos anteriormente, a figura dos Agentes Indígenas de Saúde surgiu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantados nos municípios, pelo menos no caso dos Munduruku¹⁷⁰. Nesse sentido, é importante traçar

¹⁶⁸ Disponível no sítio da FUNASA. Acessado em 20/08/2010.

¹⁶⁹ Transcrevo na íntegra o primeiro parágrafo que trata sobre o perfil dos AISs no Módulo Introdutório do curso de formação dos AISs: “O Agente Indígena de Saúde será formado para participar da atenção à saúde de todos os membros de sua comunidade e das localidades de sua área de abrangência, devendo desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de atenção primária à saúde, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores/supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários.” (FUNASA, 2005:10).

¹⁷⁰ Segundo dados da Fundação Nacional de Saúde, cerca de 13% dos Agentes Indígenas de Saúde estavam inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1999. O documento destaca, ainda, que a maioria desses agentes eram provenientes de povos indígenas do Nordeste, enquanto na

pontos de reflexão que nos permitam delinear continuidades e rupturas entre o trabalho dos agentes indígenas ligados ao PACS, que permanecem trabalhando nas aldeias, e os Agentes Indígenas de Saúde que integram a Equipe de Saúde Multidisciplinar de Saúde Indígena. Durante os primeiros meses do trabalho de campo, os Agentes Indígenas de Saúde eram minhas únicas referências para pensar este papel no âmbito cotidiano. E foi através deles que destaquei duas etapas fundamentais das suas atividades: as visitas nas casas e a relação com os medicamentos, sobre as quais trataremos adiante. Entretanto, para além dos conflitos provenientes da condução dessas atividades, havia entre os Agentes uma gradiente de formas de apreensão do próprio trabalho e da maneira de se reconhecer nesse processo, que viriam a se aprofundar quando conheci a história de Agentes Comunitários/Indígenas de Saúde que iniciaram seus trabalhos na década de 90. Em relação aos AISs atuais que haviam iniciado seus trabalhos há dois ou três anos, Agenor, Ivo e Ronaldo destacaram dilemas do saber/fazer cotidiano que abarcam, basicamente, três questões: 1) forma e resolução de conflitos com os profissionais de saúde; 2) a busca e engajamento em outras atividades de saúde como a de microscopista e 3) articulação entre o trabalho de AIS e ACS nas aldeias.

Os relatos desses agentes nos revelam, primeiramente, uma profundidade temporal pouco explorada nas análises sobre os Agentes Indígenas de Saúde. O acúmulo de suas experiências revelado a partir de uma memória dessa trajetória contribui para ampliar os horizontes de reflexão sobre os Agentes Indígenas de Saúde. Assim, embora essa não seja uma tentativa de reconstruir a trajetória de vida dessas pessoas, essa memória não parte necessariamente de uma perspectiva fragmentada do sujeito. Busco nessa análise uma contribuição específica na qual a historicidade dos sujeitos é reconhecida e utilizada como fonte de interlocução sobre determinado processo social, a saber, a constituição de um lugar de fala legítimo para os Agentes Indígenas de Saúde e sua interface com outros membros da equipe de saúde.

Na aldeia onde realizei a pesquisa, os primeiros agentes comunitários/indígenas de saúde eram jovens lideranças, como no caso de Agenor e Ivo. Os anos 90 foram especialmente marcados pela mobilização de diversas lideranças Munduruku, incluindo os caciques, em torno da assistência à saúde, num movimento similar ao que já havia ocorrido na aldeia à época da construção da escola de ensino fundamental em meados

Amazônia, a participação dos Agentes Indígenas de Saúde se configurou por meio de iniciativas de organizações indígenas e Organizações Não-Governamentais (FUNASA, 2002). Os Munduruku aparecem, portanto, como uma exceção entre os povos indígenas da Amazônia segundo esses dados.

dos anos 80, e que viria a se tornar uma referência local para as aldeias próximas. A construção da escola possibilitou uma nova geração de Agentes Indígenas de Saúde que encontrei em 2008 e 2009, oriunda de turmas formadas nessa escola. Segundo os relatos dos atuais AIS, ambos haviam se mudado para a aldeia ainda crianças, onde freqüentavam a escola, e retornavam à aldeia dos pais durante as férias escolares. Assim, além desse dado nos apontar para a relação entre a constituição da política de educação e posterior inserção nos espaços da saúde, podemos afirmar que ao longo da década de 2000 uma mudança no perfil dos AISs se configurou. As jovens lideranças foram deixando gradativamente essa função de agentes de saúde e se fixaram em outras atividades, dentro e fora do campo da saúde. A microscopia, o curso de técnico em enfermagem, o magistério e os cargos políticos do município configuraram um horizonte de possibilidades para esses jovens na medida em que foram adquirindo os diplomas do ensino fundamental e tendo acesso a cursos profissionalizantes e técnicos.

Não quero sugerir com isso uma noção de trajetória profissional. O que está em jogo aqui é perceber a sucessão de posições ocupadas pelas jovens lideranças nas quais o papel de AIS é um entre vários outros possíveis, mas que parece se configurar como o início comum de algumas trajetórias. As escolhas feitas a partir das novas formações escolares entre os Munduruku não sugerem, portanto, linearidade de posições, temporal ou biográfica. Sugere, apenas, que há uma sucessão de posições que se realiza em uma profundidade temporal que implica a forma como devemos pensar o papel do AIS, conferindo a essa análise uma historicidade dos sujeitos que em algum momento se tornaram Agentes Comunitários/Indígenas de Saúde e deixaram de sê-lo. É importante destacar o aspecto da construção dessas possibilidades, de modo a que o marco institucional de criação da figura do AIS ocorrido nos anos 2000 seja visto como uma parte desse processo. Apresento a seguir os relatos e experiências dos primeiros Agentes Comunitários de Saúde que contribuem para expandir as reflexões sobre um papel marcado pela ideia da articulação e mediação de saberes entre as equipes de saúde e as comunidades indígenas.

O primeiro Agente Comunitário/Indígena de Saúde. Agenor era o filho mais velho do cacique Vitor. Ele relatou ter começado a trabalhar na saúde em 1992, durante um surto de cólera na região amazônica. Nessa ocasião, se apresentou como voluntário para um treinamento em Itaituba sobre prevenção à cólera, tornando-se posteriormente Agente Comunitário de Saúde (ACS) na aldeia. A partir de então, seu trabalho cotidiano era constituído por visitas diárias às casas, por ministrar algumas medicações e por

promover os métodos de prevenção à cólera e outras doenças. Ao descrever seu cotidiano de trabalho naquela época, Agenor destacou dificuldades relacionadas ao desempenho da atividade para a qual era solicitado na prática. Em suas palavras:

Quando eu cheguei aqui, eu não sabia fazer nada. Porque a minha função era só visitar. Como aqui não tinha técnico e nem enfermeiro, a enfermeira que estava aqui era da FUNAI. Quando ela foi embora daqui, me deixou sem saber o que fazer. Eu não sabia dar o remédio, não sabia fazer nada, nem aplicar o soro. Aí depois chegou o pessoal da SUCAM também, e como eles entendiam um pouco de remédio, aí eles me ensinavam: “Esse aqui é para gripe, esse aqui é para diarreia, para febre...” Aí eu fui aprendendo, fui aprendendo, até que eu fui aplicar injeção também. Eu não sabia, mas aprendi assim mesmo, sem fazer o treinamento, sem fazer nada. Aprendi a aplicar o soro nos pacientes. Aí quando chegaram as enfermeiras, técnicas de enfermagem, aí comecei a pegar as práticas. Aí, depois que eu passei a fazer o curso de microscopista, deixei de trabalhar na enfermagem, comecei a só trabalhar na minha área mesmo.

Gostaria de destacar a forma de construção do lugar de fala do ACS. Fica claro como que nesse momento o deslizamento da função de visitar, oferecendo orientações, para a de medicar se estabeleceu. Embora seja um fenômeno proveniente de múltiplos fatores, se tomamos a experiência de medicar como um ato social, como faz Van Der Geest et. al (1996), os deslizamentos podem ser lidos como a construção de um capital em torno das relações com os profissionais de saúde, atribuindo um sentido específico ao ato de dar a medicação, proveniente de um poder que se estabelece na relação entre aquele que medica, podendo nesse caso ser um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou Agente Comunitário/Indígena de Saúde, e o doente que se apresenta na expectativa de receber a medicação como parte da experiência de receber assistência médica.

Sobre as atribuições de outros membros da equipe de saúde, Agenor frisou que as enfermeiras raramente faziam visitas em casa quando estavam nas aldeias, restringindo a prestação de assistência apenas ao espaço do Posto de Saúde¹⁷¹. Os medicamentos eram distribuídos em dois horários fixos: às 7hs e às 16hs. O modo de administrar a medicação cotidianamente em nada mudou. Era necessário ir até o Posto de Saúde para efetuar os tratamentos com os medicamentos, marcados por horários fixos que tornam o encontro entre os profissionais de saúde e os doentes um evento de

¹⁷¹ O espaço do posto de saúde começou a existir após a chegada da Fundação Nacional do Índio, no início da década de 1970, segundo me contaram as lideranças mais velhas.

natureza mais ampla que uma consulta. A rotina dos encontros partiu sempre do acompanhamento regular da forma de ingestão dos medicamentos para o tratamento de todas as doenças. Assim, a circulação dos medicamentos na aldeia parece ter sido sempre alvo de restrições. Seria por uma questão de cautela contra usos abusivos e perigosos das medicações alopáticas? Sem discordar de que esta constitui uma face importante da forma como a política de saúde dirigida aos povos indígenas tem sido pensada, ela não pode estar desvinculada dos significados que o medicamento tem para os profissionais de saúde inseridos numa sociedade que se automedica frequentemente como a brasileira¹⁷² (no sentido de que controla o uso dos medicamentos que lhe são prescritos pelos médicos, além de ter acesso a uma variedade de medicamentos sem a necessidade de prescrição, como é o caso de analgésicos e antitérmicos não-narcóticos como paracetamol e dipirona sódica¹⁷³). Na medida em que nos permitimos pensar o medicar/prescrever como um ato social, as relações que envolvem o acesso aos medicamentos se tornam um ponto chave ao entendimento de sua eficácia social. A perspectiva do comportamento abusivo no consumo das medicações, pode então, ser distanciada da perspectiva biomédica que formula limites e formas de controle a partir da noção de risco, nos permitindo entender o que está em jogo nesses encontros diários em torno da assistência à saúde indígena.

Segundo Agenor me contou, um ano e meio depois de começar a trabalhar como ACS, houve dificuldades com o convênio que permitia o trabalho dos agentes e todos foram dispensados. Em seguida, o agente receberia o convite para realizar um curso de microscopia oferecido pela prefeitura e após três anos deixaria a atuação como ACS, ocupando a função de microscopista no Posto de Saúde. Agenor não efetuou um rompimento imediato com as atividades anteriores, mas passou a trabalhar em conjunto com os funcionários da extinta SUCAM incorporados à FUNASA¹⁷⁴. Esses “agentes de endemias”, como são conhecidos localmente tanto pelos Munduruku como pelos

¹⁷² Van der Geest (1996:165) argumenta existir uma tênue linha que separa o ato de se medicar ao ato de receber a medicação via prescrição na maioria das sociedades, já que na maioria dos casos o que o paciente realmente consome no espaço doméstico não é controlado pelos médicos. No caso dos povos indígenas no Brasil, o que se nota é a existência de um intenso controle sobre o uso dos medicamentos, configurando uma exceção histórica na forma como os usos dos medicamentos têm sido estipulados e organizados pelo Estado para o restante da população brasileira.

¹⁷³ A lista completa dos medicamentos que podem ser adquiridos sem prescrição, divulgado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, se encontra na Resolução RDC – 138, (Ministério da Saúde, 2003).

¹⁷⁴ A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, incorporada à Fundação Nacional de Saúde em 1990, havia incorporado por sua vez, em 1970, o antigo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu) e duas campanhas: a Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e a Campanha de Erradicação da Varíola. (CEV). Fonte: sítio virtual da FUNASA. Data da consulta: 05/08/2010.

profissionais de saúde em Jacareacanga, cumpriam a tarefa de realizar os diagnósticos de malária nas aldeias, atividade e função que continuam exercendo até hoje. Como microscopista atuante até 2008, Agenor se afastou para concorrer a uma vaga na câmara dos vereadores da cidade por desavenças políticas com candidatos a vereador não-indígenas que buscavam votos em sua aldeia, segundo me relatou. Durante os treze anos em que exerceu a função de microscopista, Agenor destacou que a relação com a equipe de saúde sofria alguns revezes. Na sua percepção mais geral dos conflitos, os profissionais de saúde que começam a trabalhar com os povos indígenas estariam, em sua maioria, “cru”. Algo que só mudaria através e por meio da *relação*, mesmo que o sentimento de desconfiança desse a tônica dos diálogos. Os profissionais de saúde foram descritos segundo essa perspectiva:

“Quando chegam aqui, eles chegam igual uma pessoa sem lamparina, sem lanterna, sem saber para onde ir, sem saber o que fazer. Nu e cru, sem saber o que fazer. Aí eles pensam que os índios são como na cidade, trabalhando num hospital. Mas é muito diferente. (...) Quando chega aqui é diferente das pessoas que moram na cidade. Até as enfermeiras que chegam aqui, *quer mandar na nossa liderança*, a gente não aceita isso daí.” (grifo meu).

Nessa fala podemos perceber que a tomada de decisão é o elemento crucial em disputa na relação com os profissionais de saúde. Para isso, a liderança utiliza a metáfora de uma pessoa perdida, sem uma lamparina que lhe dê referências adequadas de como se comportar na aldeia. O profissional de saúde, ao querer se projetar no topo de uma relação hierárquica com as chefias indígenas demonstra, a despeito de qualquer processo saúde/doença, a projeção de certa forma de relação com os Munduruku, que pode, sem dúvida, ser caracterizada como um desconhecimento, mas que também se insere num contexto de produção social da autoridade do profissional de enfermagem (cuja prática se constitui no binômio administrar/cuidar). Isso os leva a cometer atos de violência simbólica importantes em momentos emergenciais, como vemos a seguir na continuação da fala de Agenor quando lhe perguntei especificamente sobre a abordagem dos profissionais da enfermagem durante o atendimento:

“(Quando os profissionais de saúde falam) ‘tu tem que ir, tu tem que ir para a cidade, descer, se tratar’. Não, não é assim que a gente faz. Tem que pegar um marido ou mulher... Pegar a família todinha e conversar. Não insistir, só conversar. Aí a gente *dá um tempo* para eles conversarem,

discutir entre eles mesmos, *como que a gente faz com a nossa pessoa*, o irmão ou a mulher. Mas se tu insistir, a pessoa fica zangada. E também não concordo com o que o pessoal da Funasa faz, né? Quando o pessoal não quer ir, ela logo diz assim: “Então assina o termo de responsabilidade”. Isso também eu não concordo. Porque isso para mim é no tempo da ditadura, parece. Então, eu não concordo com isso. Porque se a pessoa morrer, o parente não vai querer nem saber se ele assinou ou não o termo de responsabilidade. Porque já aconteceu isso aqui, na minha aldeia. A mulher não queria ir para a cidade, aí o técnico mandou assinar o termo de responsabilidade. A mulher, sem entender o que estava fazendo, assinou. Quando chegou lá para as 10h da noite a mulher ficou passando mal, desmaiando. O marido dela foi lá com a técnica, aí a técnica falou assim: “Não, a tua mulher não quer ir para a cidade, ela assinou um termo”. Ele ia bater na técnica porque não queria levar a mulher dele. Eu mesmo não concordo com isso, não. A técnica tem que conversar. *Porque tem os agentes de saúde para conversar com o paciente, ou parente do paciente*. Se a pessoa não está entendendo o que o técnico está falando, mas tem o agente indígena que pode explicar.”

Agenor explicita uma forma de resolução de conflito considerada adequada pelas famílias. O termo de responsabilidade aparece como uma intervenção nesse processo dialógico almejado, apontando para o caráter desrespeitoso contido nessa tática, porque despreza a capacidade dos parentes de compreender o problema de saúde que se apresenta, bem como de decidir legitimamente sobre o itinerário terapêutico a ser seguido pelo doente. Nesse ponto, ainda não havíamos chegado numa discussão sobre os conflitos em torno de processos de cura. Por isso, questionei novamente sobre a abordagem dos profissionais de saúde no momento em que o pajé era explicitamente solicitado. Nesse momento, não se trata mais de desrespeito, de conhecimento prévio que os profissionais de saúde tenham ou não tenham. A confiança atravessa o discurso como forma de apontar a centralidade do pajé e a necessidade de reconhecimento de sua posição na sociedade Munduruku pelos profissionais de saúde:

Cristina – Mas se for um caso em que a pessoa queira ser atendida pelo pajé primeiro?

Agenor – “O papel da Funasa é cumprir e respeitar a tradição indígena, fazer cumprir. Mas as técnicas que chegam aqui não sabem. Já aconteceu isso aqui com a minha filha. Eu queria levar para o pajé e a técnica não queria dar a gasolina para mim. Aí eu tive que me virar e ir pegar lá na cidade. Comprei e fui lá no pajé. Nesse tempo teve a reunião e eu falei para o pessoal de Brasília que veio, as técnicas não podiam fazer isso com os indígenas. Se for emergência, tem que ir direto para a cidade. Se a família quiser ir ao pajé primeiro, tem que ir ao pajé, e a técnica tem que respeitar, tem que dar a gasolina para aquele paciente ir ao pajé e voltar. Depois que

voltar do pajé é que vai para o hospital. Passaram dois técnicos aqui que não aceitaram fazer isso, não tinha gasolina para ir para o pajé, só para o médico mesmo. Foi isso que aconteceu. Mas isso, como se diz, *não dá aquela confiança para as pessoas*, para os pacientes, parentes dos pacientes, eles ficam assim desconfiados: “Esse técnico aí não gosta da gente, não gosta do pajé”.

A acusação que pesa contra as profissionais de saúde, principalmente as técnicas de enfermagem – que são os funcionários do DSEI que mais tempo passam nos Postos de Saúde nas aldeias – é, igualmente, a de interferir no processo de tomada de decisão. O que se pode acrescentar aqui é a menção ao sentimento de desconfiança como agenciador da forma do conflito. Notem-se como os conteúdos diversos que fomentam os conflitos se entrelaçam ao sentimento de desconfiança no âmbito da experiência de atendimento.

Neste relato, em que vemos a explicitação dos pontos de conflitos mais comuns, o papel do AIS emerge como um *facilitador dos diálogos*, mas não como um facilitador das decisões. Se não se pensa o Agente Indígena de Saúde como uma liderança nos mesmos termos que pajés e caciques, seu poder de atuação estaria voltado para um auxílio restrito ao meio com que se comunica, sem admitir que ele possa orientar a família quanto à decisão a ser tomada. Ele não é, pois, consultado em relação ao processo saúde/doença quando se trata de decidir o itinerário terapêutico pelos Munduruku. Os AISs que acompanhei eram consultados em busca de medicamentos, quando alguém buscava informações sobre dias de consulta na cidade, inclusive sendo solicitado para acompanhar pessoas para realizar exames no hospital municipal.

De ACS a microscopista. Ivo era um dos filhos mais novos do cacique Plínio e se tornou agente comunitário de saúde em 1998. Ele seguiu, em parte, os passos de um irmão mais velho que atuou na mesma atividade anos antes. Entretanto, após realizar um curso de técnico em enfermagem em Itaituba, o irmão se mudou para a cidade com a esposa e filhos. Ivo destacou que, ao longo de dez anos como ACS, nunca deixou de investir em outras possibilidades. Assim, fez alguns cursos para complementar sua formação e poder trabalhar também na *produção de diagnósticos*. Além de um curso teórico de especialização em malária, ele concluiu em 2008 o curso técnico em microscopia. No período em que realizei a pesquisa de campo, ele acabara de assumir essa função. Ao longo dos meses, Ivo iniciou um longo processo de composição de um espaço de trabalho próprio, utilizando recursos diversos. Na pequena sala em que trabalhava em 2008, onde ficava o microscópio, ele havia posto um letreiro bilíngüe no

qual se lia: “Coleta e Laboratório. *Pudoy Jojo*”. Em 2009, Ivo começou a transformar um antigo depósito de combustível em seu novo laboratório. O espaço, que era escuro e fechado, teve todo o material anterior removido e as paredes pintadas em azul. Um armário pequeno com porta de vidro foi removido de uma das salas de atendimento para guardar a produção escrita e uma bancada para o microscópio foi improvisada a partir de uma maca velha da sala de observação, recoberta com um forro de alumínio. Ao final, Ivo me pediu para registrar uma foto sua ao microscópio, que ele colaria na parede da sala para que, segundo o mesmo, os parentes todos vissem que ele trabalhava mesmo. Um novo letreiro foi afixado na porta e este dizia “laboratório diagnóstico de malária”. O trabalho do microscopista era feito numa temporalidade que perpassava o momento do atendimento. Havia as coletas de amostras de sangue, mas a análise dessas amostras era efetuada dentro de sua sala, de forma solitária e, muitas vezes, fora dos horários de atendimento.

O envolvimento dos Munduruku nas atividades de saúde de outras maneiras, através de especializações técnicas em saúde, desafiavam a possibilidade de pensar no papel do AIS sem pensar nas trajetórias daqueles que já haviam passado por essa experiência e atuavam de outras formas. Desse modo, a posição ocupada pelo microscopista indígena no interior da equipe de saúde pode oferecer bons *insights* para refletir sobre a posição ocupada pelos Agentes Indígenas de Saúde. Mesmo não pertencendo formalmente à Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), o microscopista desenvolvia um trabalho indispensável à rotina de atendimento uma vez que a malária era uma doença muito comum, sendo registrados novos casos diariamente. Além disso, a importância dada a composição do espaço, das etapas e dos procedimentos envolvidos na atividade do microscopista se fazia visível no cotidiano do Posto de Saúde. Nesse sentido, ser microscopista não era simplesmente produzir diagnósticos, mas produzir uma espacialidade, uma temporalidade e uma forma de agir que lograssem firmar referências importantes tanto para os profissionais de saúde como para os Munduruku.

Ivo relatou que, como ACS, o trabalho sempre foi difícil por uma série de fatores. Por um lado, não havia recursos adequados que garantissem condições de transporte para visitar outras aldeias. Ele, por exemplo, contava com a ajuda de outras relações para realizar esse trabalho, tomando caronas com o barco da FUNAI e, outras vezes, utilizando o motor emprestado de seu pai para realizar visitas. Por outro lado, o trabalho cotidiano do ACS envolvia constantes visitas nas casas e orientações sobre higiene:

Eu fazia visitas nas casas. Perguntava se tinha alguém doente... E orientava, ao mesmo tempo, aquela moradora: ter higiene na casa, ter terreno limpo, não deixar as crianças no chão, antes de comer lavar as mãos, depois de fazer necessidade tem que lavar as mãos... É assim. A gente passava todo o dia assim, de manhã e de tarde. Só que no início era difícil demais. Era como se a gente não estivesse orientando. Chegava na casa, aí que eles se espantavam, varria rápido. Aí eles foram acostumando, varrendo as casas, ao redor, quintal, começaram a organizar as coisas de louça... Antes era desorganizado demais. Porque a gente queria fazer pequenas mudanças... dar apoio e colocar organização. Aí começamos assim. Passando os anos, eu acho que melhorou um pouquinho só. Aí a gente... eu andava com remédio (Dipirona Sódica e Paracetamol), e depois com as lâminas também, por que quando eu achava paciente doente, ou com febre, eu colhia as lâminas e trazia para cá. Aí, quando dava positivo, eu deixava remédio, senão a gente tinha que buscar o paciente na casa e trazer para cá para tomar remédio de malária.

Nos dias atuais, Ivo identificava poucas famílias que não tivessem alterado algumas formas de organização da vida doméstica e orientava os Agentes Indígenas de Saúde atuais: “Eu falo com os meninos, não fica diretamente na farmácia, tira um tempinho para visitar a casa. Os familiares. Tem uns que não vêm aqui. Vem quando está pior já.” A reflexão sobre as dificuldades de atuar como agente de saúde era pontuada pelo uso de uma categoria que diferenciava os outros, pacientes, de um nós, equipe de saúde. Assim, Ivo repassava aos novos agentes de saúde uma recomendação que os enfermeiros costumavam dar. Visitar as casas seria o principal papel do AIS porque se conectava diretamente com certa atitude dos Munduruku em relação ao Posto de Saúde e aos tratamentos oferecidos. Aos poucos, a “fama” de que os Munduruku só procuravam assistência da equipe de saúde em último caso era retomado por Ivo como uma prática recorrente dos outros Munduruku. O AIS era percebido, então, a partir de uma vigilância sobre o estado de saúde de sua comunidade, mas também a partir de uma diferenciação interna na qual o AIS deveria encarnar uma conduta de profissional de saúde. A atitude vigilante era o tipo de característica valorizada pelos profissionais de saúde em relação aos agentes. No último caso que apresento a seguir, veremos uma situação de ambiguidade institucional por um lado, e a memória de uma atuação que se mantém através dos atuais AIS e os vincula enquanto um grupo interno em disputa, por outro.

Um Agente Comunitário sem comunidade. Ronaldo era um Agente Comunitário de Saúde de longa data, desde 1999, tendo realizado o mesmo curso de formação do PACS que Ivo. Depois da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

(DSEIs) e do estabelecimento de uma nova lógica territorial de assistência à saúde no interior das áreas indígenas, marcada pelos Pólos-Base e por um sistema de referenciamento que estipula uma trajetória linear e fixa para os doentes e para os profissionais de saúde, Ronaldo começou a enfrentar problemas. A subsequente falta de apoio da prefeitura, que se viu apartada das ações de saúde conduzidas no interior do DSEI, promoveu uma ruptura na trajetória de Ronaldo. Depois de vários anos circulando por aldeias e prestando atendimento, Ronaldo fixou-se na aldeia Grande após um segundo casamento. Constrangido institucionalmente, Ronaldo viu sua posição social se alterar significativamente, não havendo mais legitimidade para a execução de suas antigas atividades que, agora, estavam sendo conduzidas pelos novos Agentes Indígenas de Saúde¹⁷⁵. Recentemente, Ronaldo passou a ajudar o microscopista e cunhado Ivo, casado com uma de suas irmãs, assessorando-o na coleta de amostras de sangue. No convívio com essa equipe de saúde durante o ano de 2009, Ronaldo sempre apresentara uma conduta diferente dos outros Agentes Indígenas de Saúde, o que levou Ivo posteriormente a aconselhar seu cunhado, pois Ronaldo gostava de fazer muitas brincadeiras, falar alto e cantar. Esse comportamento destoava não apenas de Ivo, mas também de Mino e Teresa, os AISs atuais. Enquanto os AISs adentravam o Posto discretamente, pronunciando bom dia num tom de voz baixo, Ronaldo chegava cantando algum trecho de música, brincando com todos a sua volta e dando bom dia em português, algo que raramente ocorria na aldeia, mesmo entre profissionais de saúde. Ivo classificava essas atitudes como “pouco profissionais” e justificou sua crítica dizendo que esse tipo de conduta podia irritar as pessoas doentes. Ronaldo, por outro lado, tentava me mostrar em nossas conversas que ele possuía um conhecimento acumulado ao longo de anos de trabalho e que não era aproveitado nem pela comunidade e nem pelos outros membros da equipe de saúde.

Para ele, desde que a FUNASA assumiu a assistência à saúde indígena, seu trabalho foi “empitado”, principalmente porque deixou de ter legitimidade para continuar as atividades de fazer as visitas, distribuir medicamentos e orientar sobre condutas de prevenção a doenças. Essas ações eram, agora, divididas entre os Agentes Indígenas de Saúde e os Agentes Indígenas de Saneamento. Apenas com o apoio destes últimos, ele podia continuar, e mesmo assim em caráter informal. Os usos exclusivos de

¹⁷⁵ A “exclusão” de Ronaldo se torna um dado ainda mais interessante se nos atentarmos ao fato de naquele momento, apenas dois AIS estavam trabalhando numa aldeia com 130 famílias aproximadamente. Isto é, haveria motivos “estatísticos” suficientes para efetivar a participação do ACS, algo que não acontecia.

embarcações da FUNASA por seus funcionários, o mecanismo de controle de gastos de combustível se somavam à falta de apoio da prefeitura na realização das ações que havia aprendido ao longo de vários anos. Ronaldo sempre relembra essa época:

Eu tinha que sair cedo, de canoa, ir visitando e colocando cloro na água, e orientando as pessoas que não podia beber água suja, não podia banhar muito cedo, tinha que tomar a medicação, mas tomar na hora certa. (...) o AISAN pegou quase todo o nosso trabalho, foi através de nós (ACS) também que eles fizeram o trabalho do AISAN. Porque nós colocávamos hipoclorito na água, mandava ferver a água para beber... Esse é o trabalho que a gente fazia. Só que aí o nosso trabalho parou. Porque é só até ali que é para nós fazermos, até o hipoclorito. Sobre encanamento de água, já é com o AISAN. (...) Só isso que nós devemos fazer: orientação da água e da comunidade.

Ronaldo argumentava, portanto, que aquele trabalho já era feito e já existia antes da chegada da FUNASA, mas ele destaca que é na relação com a comunidade que o agente de saúde constrói seu trabalho:

Sempre a enfermeira fala, não é só ela, os outros também falam, que a gente é o *esteio da comunidade*. E é verdade. Agora, a gente tem que mostrar o que a gente é. Se eu sou um agente de saúde, eu tenho que mostrar o que eu sou. *Eu não vou ficar sabendo das coisas aqui, e sem a minha comunidade não saber o que eu estou sabendo*. Sobre questão de saúde mesmo, assim umas doenças, igual esse caso das doenças que pega através dos alimentos, da terra, muitas coisas. Porque a gente tem que passar essa informação para eles... (grifo meu)

Ao resgatar uma experiência como a de Ronaldo – que desvela uma articulação mal engendrada entre o programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde do Subsistema de Saúde Indígena – percebemos que este relato também articula uma visão de si e da constituição de uma relação específica com a comunidade e com as enfermeiras. A noção de esteio surge para descrever um elemento de mediação, mas curiosamente apenas na fala de Ronaldo. Não foi possível encontrar semelhante apropriação dessa forma de relação entre os AISs atuais e nem entre as jovens lideranças como Ivo e Agenor com longo percurso no campo da saúde. Esse dado, quando associado aos requisitos de postura sobre os quais Ivo chamava a atenção de seu cunhado, desvelam disputas outras no interior da equipe de saúde que extrapolam os limites da EMSI (figura que, se usada inadvertidamente,

acaba por ocultar a pluralidade de relações que se processam entre todos os profissionais que atuam na saúde indígena). Em que pese a legitimidade dos AISs no novo contexto, a trajetória do ACS Ronaldo nos permite visualizar o valor identificado ao papel de agente de saúde pelos enfermeiros/supervisores. Ronaldo reforçava as práticas discursivas mais caras ao valor de ser um Agente Indígena de Saúde, que é estar numa posição de mediação com a comunidade. Essa posição de mediação, no entanto, se sustenta a partir da ideia de transmissão do conhecimento adquirido entre “os brancos” para seus parentes e sua comunidade, reafirmando uma ideia comum a todos os Agentes Indígenas de Saúde, que ao representarem os Munduruku dentro da equipe de saúde, se projetam numa relação menos educadora, na forma como pensada pelas enfermeiras-supervisoras (de mudanças comportamentais) e mais próxima das trajetórias das jovens lideranças, cuja mediação se postula propriamente num investimento específico de indigenização dessas relações com profissionais de saúde, professores não-indígenas, políticos do município. Isto é que parece estar sendo propriamente tomado como objeto privilegiado da forma como os Munduruku expressam sua perspectiva da assistência à saúde oferecida. Assim, o AIS revela sua importância como ator de um processo cuja vinculação entre externo e interno não mais se sustenta em torno dessa configuração de novos papéis. Isso significa dizer que, apesar dos AISs não estarem exercendo uma mediação nos termos discriminados pelos textos oficiais, sua mediação se faz reconhecer não como a de um árbitro, mas como a de um *tertius gaudens*¹⁷⁶, (Simmel, 1950:154). Assim, o AIS estabelece no interior da equipe de saúde como um duplo vínculo cuja parcialidade não elimina a possibilidade de mediação, ainda que não possa ser exercida nos termos de uma arbitragem, ela se desenvolve a partir da maneira como as duas partes engajadas disputam seu papel, seu valor e sua atuação. É nesse sentido que distinguimos o AIS de figuras como os caciques e pajés, cujas formas de mediação não se podem ser descritas da mesma maneira.

¹⁷⁶ Se o árbitro é um tipo de mediação derivada de uma relação de imparcialidade entre as duas partes, o *tertius gaudens* – cuja tradução literal dada por Simmel para a expressão latina é “the third who enjoys” – se caracteriza pelo fato de que a terceira parte é disputada pelas outras duas. Isto nos aproxima bastante daquele aspecto das “demandas contraditórias” vividas pelos AISs e que se sustenta por essa disputa entre o que sua comunidade e a equipe de saúde entende ser seu papel. Essa dupla inserção ganha, portanto, um significado mais complexo que o da ambiguidade na medida em que o AIS poderia ser mais bem pensado como um terceiro que não necessariamente se vincula às partes que o disputam de forma imparcial. Ao contrário, existe aqui uma ambivalência, uma dupla inserção, sendo que os laços primeiros que unem o AIS a sua comunidade justamente endossam essa posição ambivalente, mas não ambígua.

Articulando o uso dos medicamentos: um dia de Agente Indígena de Saúde

O trabalho dos AISs poderia ser facilmente descrito a partir da intensa relação com os medicamentos do Posto de Saúde. Vários autores apontam para a necessidade de repensar a utilização dos medicamentos entre os povos indígenas: compreendendo a forma como o medicamento dos brancos se insere na prática de autodiagnósticos indígenas (Buchillet, 1991¹⁷⁷), apontando a supervalorização que os profissionais de saúde dão ao seu papel de medicar (Erthal 2003 e Langdon et al. 2006) e o conseqüente uso abusivo de medicamentos nas relações entre os profissionais de saúde e os povos indígenas (Garnelo, 2004), seguido de uma tendência de restrição do papel do AIS ao universo da medicalização biomédica (Silveira, 2004).

Entre os Munduruku, o uso dos medicamentos do Posto de Saúde era direcionado explicitamente ao tratamento de alguns sintomas, sendo que a ordem do itinerário estabelecido pelo doente era importante índice de organização da experiência. A consulta ao pajé era realizada preferencialmente antes da consulta aos profissionais de saúde e essa ordem também englobava o uso dos medicamentos não apenas porque só se tinha acesso ao medicamento indo ao Posto de Saúde, mas porque era necessário que o pajé avaliasse e iniciasse o processo de cura antes da interferência dos profissionais de saúde. Nesse sentido, abundavam rumores sobre pessoas que haviam piorado seu estado de saúde após iniciar tratamentos com medicamentos sem proceder a uma consulta ao pajé antes. Os Munduruku, entretanto, estavam sempre atentos ao enredo do surgimento da doença ou do mal-estar. A temporalidade da manifestação dos sintomas era dividida de duas formas: males ou dores súbitas e a reincidência de um mesmo sintoma. Atentos para o fato de que essa classificação era percebida de outra forma pelos profissionais de saúde, essas práticas discursivas sobre a doença associavam os medicamentos do Posto a uma ambiguidade prevalente. Por um lado, uma incapacidade para curar, e por outro, uma capacidade de potencializar o mal provocado pelo feitiço. Esse é um índice importante na medida em que baliza as decisões dos Munduruku em torno da forma como gostariam de ser atendidos pelos profissionais de saúde. Um dos casos mais frequentes que pude acompanhar no Posto de Saúde eram pessoas que, após iniciar tratamentos, perceberam uma acentuada piora no seu estado de saúde ou de parentes. A continuidade do tratamento era imediatamente colocada em questão nesses casos e a

¹⁷⁷ Ver também Buchillet (2007), que reúne uma vasta bibliografia sobre saúde indígena no Brasil.

explicação dada, entretanto, não era a de uma simples descrença em relação ao poder de cura dos medicamentos dos brancos, mas se articulava vivamente com a atuação dos pajés brabos. Assim, se produzia um conhecimento sobre a doença que conectava situacionalmente o uso dos medicamentos a sua eficácia. Isto é, a eficácia dos medicamentos dos brancos era relacionada à ação dos pajés brabos. Explico-me. Muitas vezes indaguei sobre os motivos das pessoas evitarem ou interromperem tratamentos, e as respostas apontavam para essa relação: ora era o próprio lugar do Posto de Saúde que estava contaminado por feitiços dos pajés brabos, ora os medicamentos eram apontados como possíveis aliados dos pajés brabos quando tomados inadvertidamente¹⁷⁸. Essas atitudes marcavam uma forma de controle explícita dos Munduruku sobre o uso dos medicamentos, sobre a ação dos profissionais de saúde e sobre a frequência ao Posto de Saúde. O terceiro que surgia como um árbitro (Simmel, 1950) nessa rede de relações era a figura imprescindível do pajé, cuja centralidade estava dada em seu poder de regular e arbitrar sobre os tratamentos dados aos doentes pelos profissionais de saúde. A produção desse tipo de intermedicalidade não era, contudo, considerada pelos profissionais de saúde porque desautorizava seus diagnósticos e, nesse sentido, a própria eficácia dos medicamentos alopáticos, como postulada pela biomedicina, era relida à luz da relação com os pajés e a ação dos pajés brabos.

Para os Munduruku, a cura não era um domínio de conhecimento dos brancos e se tomava muito cuidado na relação com o uso dos medicamentos porque eles potencializavam os efeitos nocivos dos feitiços enviados pelos pajés brabos. Esta forma de relação ambivalente com a assistência à saúde oficial está bem analisada na literatura antropológica que trata das concepções de doença entre povos ameríndios e na forma como esses conhecimentos produzem modos próprios de articulação de modelos terapêuticos distintos, como nos trabalhos de Buchillet (1991, 1995 e 2004), Gallois (1991), Langdon (1991, 1994, 1996 e 2004) e Garnelo (2003). Nesses estudos se destacam a centralidade do papel do xamã na organização sociopolítica e a vitalidade dos modos de cura tradicionais através do exercício das relações de poder constituídas no interior das sociedades indígenas e através dos agentes que se tornam mediadores nessas relações com os brancos. Assim, não se configura uma novidade pensar na figura

¹⁷⁸Essa é a melhor forma de descrever a opinião dos Munduruku sobre o engajamento num tratamento médico no posto de saúde sem qualquer participação prévia do pajé para que ele pudesse avaliar e diagnosticar a doença. Era ele quem produzia a decisão fundamental sobre o itinerário terapêutico, uma vez que determinava a presença ou não de feitiçaria.

do pajé como importante no sentido “interno” aos modos de cura tradicionais, mas também na relação estabelecida com os profissionais de saúde cotidianamente.

A intenção, portanto, é poder considerar os níveis “internos” e “externos” como uma única realidade, dando destaque ao modo como a noção de “atenção diferenciada” tem sido atualizada pelos profissionais de saúde à luz desses conflitos no âmbito da produção de intermedicalidades e cujos mediadores têm sido os próprios pajés, fazendo jus ao seu papel central na organização sociopolítica dos povos ameríndios.

A análise sobre o uso dos medicamentos alopáticos e sua significação simbólica nos termos das relações cotidianas faz referência, como já foi dito, ao trabalho de Van Der Geest et al. (1996). Ao fazer uma revisão da literatura sobre o tema dos medicamentos na Antropologia, os autores destacam alguns pontos de reflexão que tem sido mais estudados e analisados na área e chegam à conclusão de que a forma de consumo dos medicamentos alopáticos constitui uma oportunidade única para o estudo das relações entre símbolos e a economia política da prescrição, da distribuição, do uso dos medicamentos e, por fim, de sua eficácia.

A contribuição dessa revisão de literatura revela que o ato de prescrever, por exemplo, é um ato social, e que está sempre orientado por demandas dos próprios pacientes em relação a sua doença, relativizando a supremacia dos médicos, uma vez que prescrições são cotidianamente efetuadas por profissionais da enfermagem, parteiras, pajés, curandeiros e outras autoridades tradicionais. Isto é, a prescrição é um ato central no contexto da produção social da doença. Mesmo quando pacientes e “*practitioner*” não se entendem, frisam os autores, o medicamento prescrito os coloca em relação (idem, 1996:160). Assim, o ponto de reflexão fundamental associado à prescrição é o poder de quem se engaja na relação com aquele que prescreve. As formas de controle da biomedicina em torno das proibições do ato de prescrever¹⁷⁹ nos ajudam a compreender a forma como o medicamento pode ser usado para marcar uma relação de poder. A noção de risco, desse modo, é a prática discursiva que mais frequentemente opera as restrições e regula a forma da autoridade estabelecida.

O uso dos medicamentos, entretanto, conforma um universo de práticas que se dão em torno das prescrições, mas não numa relação de causalidade. A automedicação,

¹⁷⁹ O reconhecimento da relação social específica que a prescrição de medicamentos aciona pode ser explorado a partir da atual discussão sobre o ato médico no Brasil, que busca restringir à figura do médico a prescrição de qualquer medicamento, alguns deles já integrados ao cotidiano de atuação de diversos profissionais graduados da área da saúde como os enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Para reflexões sobre esse tema ver Guimarães & Rego (2005).

por exemplo, é uma das ações mais comumente encontrada nas sociedades (idem, 1996:164). Já a observância ou não da forma de uso designada na prescrição – têm uma linha que separa a automedicação do ato de prescrever – pode ser medida em termos da autoridade conferida àquele que prescreve. Nesse sentido, a prescrição é um ato social que vincula as pessoas através da forma de uso dos medicamentos. As formas outras de classificação dos medicamentos entram em cena e produzem mais uma face de uma intermedicalidade que só pode ser compreendida quando vista desde essa configuração política em torno da produção social da doença, do doente, da cura e da relação estabelecida entre os tratamentos disponíveis. Um bom exemplo sobre isso que será explorado adiante é a forma peculiar como os antibióticos eram classificados no cotidiano do Posto de Saúde e, de maneira mais geral, a influência da forma de apresentação do medicamento – comprimido, xarope, injeção, soro caseiro – no uso que os Mundurucu faziam e na eficácia atribuída a cada forma. Assim, devemos estar atentos ao fato de que a eficácia social do medicamento é múltipla (idem, 1996:168), embora, primeiramente, essa eficácia resida na sua capacidade de dar sentido às ações das pessoas. Nesse plano, os autores concluem que:

It is well established that the biomedical meaning of drugs is transformed through “indigenization”. (...) But the dichotomy between biomedical and local conceptions is a simplification. There are contexts of meaning and regimes of value in factories, advertising companies, and the practices of traveling sales reps as well. The neglect of these ethnographic research sites may partly be due to the continuing interest of anthropologists in geographically delimited communities and exotic cultures. The fieldwork tradition is more oriented to communities of neighbors than to multinational communities of interest. (Van Der Geest et al., 1996:169).

Essa reflexão nos deixa o convite para entender o fenômeno social do uso dos fármacos no mundo através da relação entre o símbolo e a economia política implicada na distribuição e regulação do uso dos medicamentos que congrega diversos níveis da realidade: tanto o plano da articulação entre diferentes visões sobre a doença, como nessas comunidades de interesse que, no âmbito desta tese, poderia estar bem representada pela forma de administração dos programas de saúde e do cotidiano dos Postos de Saúde nas aldeias.

Diehl (2001), ao analisar o contexto de uso dos medicamentos entre os Kaingang, avalia que uma política de “uso racional dos medicamentos” como definida pela Organização Mundial de Saúde, em 1986, na qual se privilegia o valor fundamental de seguir “a dose indicada, no intervalo e durante o tempo prescritos” (OMS apud Diehl

2001:154), deve ser considerada de maneira mais ampla. Partindo dessa premissa, creio que mais adequado do que pontuar um uso racional, seria adensar a reflexão sobre as relações cotidianas entre os povos indígenas e os profissionais de saúde em torno do consumo de medicamentos e, por conseguinte, como elementos centrais à forma como o trabalho do Agente Indígena de Saúde era apropriado no interior da EMSI.

O AIS participava de todas as etapas do processo de medicar, exceto a prescrição: traduzindo a queixa dos doentes, anotando as prescrições, preparando e ministrando o medicamento diariamente até que o tratamento estivesse completado ou até o momento em que a família continuasse indo ao Posto em busca do tratamento oferecido. Aos Munduruku não era dada a oportunidade de usarem os medicamentos por conta própria, motivo pelo qual a presença do AIS era “imprescindível” aos enfermeiros e técnicos de enfermagem. O ato repetitivo e contínuo de fazer as crianças tomarem os xaropes produzia cenas diárias nas quais era preciso dominar a habilidade de aplicação das doses orais nos infantes. Entre os recursos compartilhados por AIS e profissionais da enfermagem estava o de pôr a cabeça da criança para trás, apertar as bochechas e esperar que elas abrissem a garganta. Elas choravam, se engasgavam, cuspiam. Além disso, havia que saber preparar a medicação contra malária¹⁸⁰. Essa rotina compreendia a constituição de uma habilidade específica de ministrar os medicamentos, pois as pessoas costumavam vir ao Posto todas ao mesmo tempo, configurando horários de pico. A destreza e rapidez com que essas aplicações eram manejadas constituíam a experiência de um AIS no cotidiano do Posto de Saúde.

Em geral, as famílias elegiam o momento do retorno do banho no rio para passar pelo Posto de Saúde. De sete às nove horas da manhã e de duas às três horas da tarde¹⁸¹ eram os períodos críticos do dia no Posto de Saúde e o AIS, literalmente, corria de um lado ao outro preparando as doses de xaropes descongestionantes, antitérmicos e antibióticos, além do remédio de malária, que exigia uma preparação mais demorada para as crianças que não conseguiam engolir as pílulas. Entretanto, se o AIS era responsável por ministrar a medicação dessa maneira e não simplesmente entregar o

¹⁸⁰ Como a apresentação desse medicamento era apenas na forma de comprimidos, o jeito encontrado para ministrá-lo às crianças era macerando o comprimido num pouco d’água. O sabor intensamente amargo provocava, entretanto, vômitos. Nesse contexto, era importante saber dar a medicação.

¹⁸¹ Havia certa mobilização dos Munduruku em torno do horário de abertura do posto. As pessoas tinham o costume de vir nos horários de abertura e reabertura, 7hs e 14hs, chegando muitas vezes, antes do horário. Quando isso acontecia com alguma freqüência na semana, as técnicas reclamavam muito que as pessoas não respeitavam o horário de funcionamento do local. Assim, havia sempre uma disputa de poder que perpassava e dava sentido aos elementos mais fugazes do processo de atendimento no posto de saúde na aldeia.

medicamento durante o atendimento no Posto de Saúde, curiosamente, as doses a serem tomadas à noite eram entregues diretamente às famílias, após dadas as explicações sobre o uso. A manipulação dos medicamentos, portanto, assumia a configuração de uma habilidade própria das atividades vividas pelos AISs no cotidiano. Embora essa manipulação não fosse proibitiva aos usuários, era colocada sob o controle do Agente Indígena de Saúde e dos técnicos de enfermagem no dia-a-dia. Mas se as famílias podiam lidar com a medicação à noite, porque não podiam assumir a responsabilidade pelo tratamento como um todo? Nesse sentido, creio que o discurso da racionalização do uso de medicamentos se propõe a ser uma medida de administração não apenas dos medicamentos, mas das pessoas que são julgadas nesse processo como não-aptas a assumir essa tarefa no seio das suas famílias. O perigo da automedicação e do abuso da ingestão de medicamentos é, no contexto de atendimento aos Munduruku, cotidianamente encenado pela participação dos Agentes de Saúde, e que são formados nos cursos não apenas a dar orientações, mas a atuar na vigilância da distribuição de medicamentos.

Quando eu questionei os profissionais de saúde sobre o porquê dos remédios não serem entregues com as devidas recomendações sobre o uso e que poderiam ser devidamente traduzidas pelos AISs, a resposta obtida era a de que os Munduruku não faziam o uso correto das medicações alopáticas, justificando assim a maior parte do serviço prestado no dia a dia do Posto de Saúde. Era esse tipo específico de intervenção e controle que acabava se tornando parte do trabalho do AIS, a despeito do seu papel de facilitador dos diálogos ou de elo comunicativo. Através da noção de um uso racional dos medicamentos, essa medida de controle incorporava a capacidade relativa como parte das orientações seguidas pelos profissionais de saúde. Com efeito, a questão que se coloca não pode ser vista apenas como uma demanda de reconhecimento sobre a especificidade das práticas terapêuticas indígenas e dos modos como os profissionais de saúde deveriam manejar as diferenças que se lhe apresentavam, mas sobre como as próprias práticas da biomedicina são disponibilizadas e a maneira como essas práticas são reorientadas durante o atendimento aos indígenas, pois é nesse aspecto que as ambiguidades residem. As práticas da biomedicina oferecem um amplo terreno de debate no qual se articulam, a um só tempo, a noção de atendimento diferenciado e as diferenças culturais. Essas práticas devem ser mais bem analisadas, uma vez que a questão da “racionalidade do uso dos medicamentos” não pode ser um critério sobre o

modo como os povos indígenas fazem uso dos medicamentos alopáticos, fomentando uma conseqüente prevenção ao abuso de medicamentos.

Se nos atentarmos à forma como os medicamentos são administrados cotidianamente, nos deparamos com a adoção pelos profissionais de saúde da EMSI de duas práticas distintas ao ministrar a medicação: uma para quando o Posto de Saúde estava aberto e outra para quando estava fechado, mas ambas sob a alegação de que não se podia repassar essa responsabilidade às famílias dos doentes ou aos próprios doentes. O jogo de atribuição de responsabilidades no interior das práticas de assistência à saúde parecia apontar para um processo anterior e contínuo que implicava diretamente os Munduruku numa relação de poder já conhecida e analisada por Souza Lima (1995) no âmbito da administração da política indigenista ao longo do século XX no Brasil.

O regime adotado para a resolução do tipo de problema cotidiano que relato, qual seja, o de como efetivamente administrar a medicação aos Munduruku, demonstra a forma como a construção das habilidades dos profissionais da saúde indígena se delineavam em torno de uma série de excepcionalidades, quase sempre entendidas negativamente, e através da qual a acusação histórica de capacidade relativa se incorporava à prática diária de atendimento. Assim, mesmo que os Munduruku fossem reconhecidos em suas práticas tradicionais de saúde, isso não impedia que a biomedicina fosse formulada como um *conhecimento a ser disponibilizado*. E, sobretudo, a ser disponibilizado sob critérios que pareciam corroborar com uma noção autoritária de intermedialidade.

No entanto, não podemos esquecer que essa atividade mais comum no Posto de Saúde, ministrar medicações, revela também outro dado fundamental para compreensão do cenário cotidiano das atividades de assistência à saúde: o número expressivo de crianças com complicações respiratórias. Ademais, a presença constante das crianças era estimulada por programas de saúde como a pesagem mensal dos menores de zero a cinco anos, as campanhas de vacinação e o programa de saúde da criança indígena. Articulado a isso, campanhas específicas de comparecimento das mulheres ao Posto de Saúde estavam associadas à produção de um cotidiano de cuidados a dupla mulher/criança. Tenho registrado, por exemplo, o começo da campanha do programa de PCCU (Prevenção ao Câncer de Colo de Útero) na aldeia e o esforço da enfermeira em convencer as mulheres a aderir ao exame de coleta da amostra de secreção vaginal. Muitas mulheres quando foram visitadas pela enfermeira para tratar da participação na coleta de PCCU, argumentaram que já haviam feito aquele procedimento no ano

anterior, ao que a enfermeira respondia que aquele exame deveria ser feito todos os anos, informação considerada estranha num primeiro momento e que era agravada pela falta de informações posteriores, já que dificilmente os resultados chegavam ao conhecimento das mulheres. Portanto, a formulação dos programas de saúde da mulher e sua participação constante como “paciente” eram partes do processo de composição da assistência no âmbito da execução e administração dos programas de saúde pelas enfermeiras. Assim, as enfermeiras estavam sempre muito preocupadas com a adesão aos exames e formas de tratamento, mas não através do engajamento num diálogo aberto com os Munduruku, mas como meio para atingir outro fim: a cobertura de programas de saúde estabelecidos a partir da avaliação epidemiológica sobre a condição de saúde da população, através do qual se destacam vieses típicos da forma como historicamente o campo profissional da saúde tem sido dividido tanto em relação aos profissionais como em relação aos pacientes. Desse modo, se médicos e enfermeiras conformam pólos de atuação distintos, cabendo à enfermagem o exercício da educação, orientação e cuidados em saúde, cabe às pacientes mulheres o compromisso de adesão aos exames clínicos, programas de saúde e tratamentos medicamentosos. Esse viés é importante na medida em que reproduz certa visão sobre as relações familiares através dos cuidados de saúde.

A frequência de mulheres no Posto de Saúde, na dupla condição de doentes e “cuidadoras prescritas” (na concepção das profissionais de saúde) dos filhos doentes, ocasionava um uso diferenciado daquele espaço entre os gêneros. Embora não fosse nenhuma raridade encontrar um homem buscando atendimento ou acompanhando seus filhos, a atividade mais comum entre eles consistia no uso do rádio para comunicar-se com outras aldeias. Para os homens não havia um programa de saúde específico como no caso de mulheres e crianças e isso fazia diferença na maneira como freqüentavam o Posto de Saúde e como se relacionavam com os profissionais de saúde. Como já disse, o próprio Posto de Saúde era ressignificado de forma privilegiada pelos Munduruku. Havia sempre o medo de que pajés brabos enviassem feitiços para aquele local, atingindo as pessoas enquanto estavam sendo atendidas. As práticas discursivas entre os Munduruku de que as crianças eram especialmente afetadas pelos feitiços no interior do Posto de Saúde também pode nos dizer algo sobre a própria frequência com que as mesmas eram levadas à assistência dos profissionais de saúde, sendo parte fundamental dos programas de saúde administrados pelo equipe de saúde do Distrito Sanitário. Nesse sentido, havia uma série de cuidados direcionados às crianças visando protegê-las

desses ataques dos pajés brabos e do perigo representado pelo Posto de Saúde. Colares e pulseiras com remédios tradicionais para espantar feitiços (*cauxi*) eram objetos de proteção muito utilizados nos pequenos, que estavam mais expostos aos perigos de *freqüentar o Posto diariamente*. Portanto, nunca podemos perder de vista, na discussão sobre a prática e o papel dos Agentes Indígenas de Saúde que o próprio espaço físico do Posto de Saúde e os tratamentos ali recebidos, não apenas os medicamentos eram condicionados a uma ambivalência pelos Munduruku: podiam contribuir tanto para curar quanto para matar¹⁸².

*

Não farei uma abordagem sistemática de todos os tipos de medicamentos disponíveis no Posto de Saúde¹⁸³. Interessam-nos, entretanto, aqueles que eram mais consumidos diariamente pelos Munduruku. Segundo me informou a enfermeira-chefe da CASAI de Itaituba, os medicamentos mais consumidos eram “para vermes, antibióticos para pneumonias, problemas de estômagos e polivitamínicos”. No Posto de Saúde, de acordo com minha observação diária do que se usava constantemente nos atendimentos¹⁸⁴, os medicamentos mais consumidos pertenciam às seguintes categorias, considerando seu uso farmacológico: antitêrmicos e analgésicos como Paracetamol e Dipirona Sódica, descongestionantes e antiasmáticos como Cloridrato de Ambroxol e Sulfato de Salbutamol, antibióticos como Amoxicilina e Cefalexina, as vitaminas C e do complexo B, sulfato ferroso, soro caseiro para diarreias, os vermífugos Mebendazol, Albendazol e Metronidazol e, por fim, uma combinação de hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio (Magnogel®) para problemas de estômago. Esses medicamentos, por sua vez, também eram os mais conhecidos entre os Agentes Indígenas de Saúde. Cada um desses blocos de medicamentos era classificado e referido a um “tipo de uso” relacionado às queixas apresentadas. Importante lembrar que acompanhei essa rotina de uso das medicações através daqueles que ficavam

¹⁸² Garnelo & Wright (2001) apresentam uma perspectivaêmica sobre o uso dos medicamentos biomédicos pelos Baniwa, na qual as relações entre os modos tradicionais de uso dos remédios Baniwa influenciam a maneira de se apropriar dos medicamentos dos brancos ao mesmo tempo em que estão em jogo estratégias políticas e sociais que se orientam no sentido de “não atender os designios e as prioridades das agências de contato” (2001:283). Assim, é preciso considerar a dinâmica produção de sentidos entre representações sociais da alteridade e as relações de poder que as engendram.

¹⁸³ Ver lista com os medicamentos mais consumidos em anexo.

¹⁸⁴ Era fácil visualizar os medicamentos mais usados porque eles ficavam separados numa mesa junto com os dosadores para que nos horários de pico fossem manuseados mais rapidamente.

diariamente no Posto de Saúde: as técnicas de enfermagem e os Agentes Indígenas de Saúde. As enfermeiras utilizavam uma variedade maior de medicamentos, principalmente anti-inflamatórios como Diclofenaco de Potássio e Ibuprofeno.

As reclamações mais comuns entre os Munduruku ao abordarem os profissionais de saúde eram as dores. Essas dores dividiam-se em quatro tipos: dor na cabeça, no peito e na barriga, sendo a barriga dividida ainda em duas partes: dores no estômago e dores no baixo ventre. E era a partir da constituição dessa linguagem sintomática compartilhada por eles e os profissionais de saúde que se chegava a um consenso quanto ao medicamento que seria usado. Analgésicos para dores de cabeça, analgésicos e descongestionantes para dores no peito, vermífugos para dores no baixo ventre, Magnogel® para dores de estômago.

Os antibióticos eram usados de forma *relativa*, isto é, não havia uma descrição linear de sintoma que correspondesse diretamente a seu uso, ele era usado a partir de uma noção de *risco*¹⁸⁵ calculada pela equipe de saúde da seguinte forma: se fosse gripe em crianças pequenas a probabilidade do uso de antibióticos era maior, pois havia medo de que a “gripe virasse pneumonia”. A gripe, principalmente, era considerada uma *doença traiçoeira*, capaz de enganar o olhar dos profissionais de saúde quando associada à “vulnerabilidade” das crianças indígenas que eram consideradas pelos profissionais de saúde, mais do que todos os outros Munduruku, como indivíduos de “baixa resistência”. Por isso, era muito comum que os antibióticos fossem utilizados nessa situação, quando se avaliava haver risco iminente de piora da condição geral de saúde. Os agentes indígenas utilizavam os antibióticos de maneira similar, associando seu uso aos sintomas da gripe ou sempre que o paciente não melhorava, se empenhando ao mesmo tempo em dominar o repertório de associação de sintomas a medicamentos¹⁸⁶.

Quando os Munduruku abordavam os profissionais de saúde no Posto descreviam um sintoma específico e definido num repertório compartilhado com os profissionais da enfermagem, e que se dava preferencialmente em Munduruku. Explico-me: bastava que a pessoa doente dissesse um termo comumente reconhecido pelos profissionais de saúde. Febre (*pa'i*), dor de cabeça (*'a pi*), dor de barriga (*'uk pi pi*) e

¹⁸⁵ Aqui se destaca especificamente a noção construída de risco para os profissionais de saúde: os antibióticos eram co-responsáveis pela produção de corpos cada vez mais vulneráveis às doenças.

¹⁸⁶ A prática cotidiana como Agente de Saúde associada ao processo de formação nos cursos para Agentes Indígenas de Saúde, ministrado pelas enfermeiras do DSEI com especialização pedagógica em seus currículos, eram espaços privilegiados da produção dessas orientações.

gripe (*ocõ-ocõ*) eram os que compunham, mais comumente, esse “estoque de conhecimento à mão”¹⁸⁷ dos profissionais de saúde. Entre o grupo das técnicas de enfermagem, sobretudo, o conhecimento dos termos em Munduruku era considerado importante em seu repertório de improvisos, como foi argumentado no capítulo 2. Vale ressaltar que o uso dos termos em Munduruku não se limitava ao cenário do atendimento. Antes, a própria convivência como grupo no espaço da aldeia levava os profissionais de saúde a mudarem o registro na forma como se cumprimentavam. Expressões como bom dia (*Kabia*), boa tarde (*wuy kat*) e “tudo bem?” (nesse caso era utilizado o termo *Xipat*, que significa bom) eram automaticamente substituídos. Os nomes dos alimentos mais consumidos nesse contexto como café (*kapedi*), peixe (*axima*), galinha (*sapokay*)¹⁸⁸ eram outros termos associados a essa experiência de viver/estar na aldeia como um elemento de socialização do grupo e constituíam um signo de prestígio próprio aos profissionais da saúde indígena uma vez que à língua indígena era conferida certa positividade, sendo reconhecida como muito difícil e dominada por muito poucos brancos.

Também seria importante ressaltar que os Munduruku não tinham uma relação de uso indiscriminado com os medicamentos. Ao contrário, o momento de optar pela farmácia do Posto de Saúde era fundamental dentro do itinerário de tratamento das doenças. Antes de procurar os profissionais de saúde, os Munduruku costumavam consultar o pajé, a fim de que ele, caso houvesse, retirasse o feitiço da pessoa doente. Após essa primeira e fundamental medida, a pessoa procurava o tratamento no Posto de Saúde¹⁸⁹. Como muitos costumavam afirmar, tomar remédio do Posto de Saúde sem tirar feitiço (*cauxi*) era ainda pior para o estado do doente. Nada deixava os Munduruku mais contrariados do que ver impossibilitado ou negado seu pedido de receber atendimento do pajé na ordem prevista¹⁹⁰. Havia sempre casos de pessoas que

¹⁸⁷ Para relembrar este conceito, ver capítulo 1, notas de rodapé. No caso em tela, o estoque acionado pelas profissionais de saúde, vocábulos Munduruku, tinha a função de designar a própria experiência quanto à prestação de um atendimento diferenciado.

¹⁸⁸ Para os leitores interessados em aspectos morfológicos e sintáticos da língua Munduruku, ver Gomes (2006).

¹⁸⁹ Quem primeiro me pôs a par dessa ordem necessária dos itinerários Munduruku foi o cacique geral na ocasião em que o mesmo buscava tratamento para uma dor de ouvido com o pajé da aldeia onde eu estava. Após esse episódio, pude viver essa realidade cotidianamente, perguntando sempre aos pacientes no posto de saúde de onde tinham vindo e para onde estavam indo. O pajé estava sempre na rota que levava às pessoas ao posto de saúde.

¹⁹⁰ Pode-se achar estranho que os Munduruku pedissem aos profissionais de saúde para ver o pajé. Isso realmente só ocorria quando o pajé morava em outra aldeia e era necessário produzir o encontro. As lideranças Munduruku consideravam, então, que garantir esse encontro era papel da FUNASA. Porém, consideraria ainda nessa análise que frequentemente era necessário buscar um pajé de outra aldeia, porque

reclamavam ter levado seus filhos ao Posto e, por causa disso, pioraram. Os Agentes Indígenas de Saúde me confirmavam que recebiam esse tipo de reclamação sempre e mais adiante, quando apresentar dois casos específicos de atendimento, veremos essa atitude em relação ao Posto de Saúde, aos medicamentos e aos profissionais de saúde em ação.

Interessante notar ainda que, atualmente, a maioria dos medicamentos vem na forma de xaropes e comprimidos. Nos relatos do primeiro AIS, ele foi específico ao apontar que a maioria da medicação no início dos anos 90 era injetável e que houve uma mudança ao longo dos anos¹⁹¹. Diferentemente dos agentes mais antigos, os novos Agentes Indígenas de Saúde, incorporados na época da FUNASA, como os que acompanhei em campo – Teresa e Mino – raramente aplicavam injeções, apenas em situações excepcionais e nunca cotidianamente. De acordo com a lista de medicamentos que apresento em anexo (onde também se encontra os medicamentos mais consumidos no Posto de Saúde), constata-se essa hierarquia na quantidade de medicações orais líquidas e comprimidos e, em menor quantidade, aparecem os injetáveis. O importante desse detalhe é que havia, em consonância a esses números, uma conduta entre as enfermeiras em torno da regulação da aplicação de injeções, como uma daquelas funções para as quais os AISs nunca estariam plenamente aptos a desempenhar. O interessante de perceber nesse caso foi como se delineou ao longo do tempo uma diferença nas habilidades conferidas aos agentes de saúde. Os mais antigos, como Ivo e Agenor, possuíam o atributo de saber aplicar medicamentos injetáveis, enquanto os mais novos verbalizavam dificuldade e receio de fazer o mesmo.

Os medicamentos antibióticos, Amoxicilina e Cefalexina, eram especialmente objetos de regulação por parte das enfermeiras, entretanto, essa regulação se dava na forma de reprimenda ou proibição, associado a algo que eles não poderiam fazer. Esse elemento distintivo de poder, o antibiótico, era ainda associado a um discurso de que os mesmos já não faziam mais efeito nos povos indígenas. Era usado, principalmente, no sentido de reafirmar a vulnerabilidade das crianças a gripes e pneumonias, pois estariam

se desconfiava sobremaneira de um pajé da própria aldeia, conquanto a figura do pajé era dotada de uma ambivalência primordial e, dessa forma, os pajés de outra aldeia eram considerados sempre mais seguros.

¹⁹¹Nesse sentido, parece viável sugerir que a preocupação das equipes de saúde em torno do uso abusivo de medicamentos por parte dos povos indígenas gerou na prática da política de saúde implantada pela FUNASA, a substituição de medicamentos considerados mais perigosos, os injetáveis, pelos comprimidos e xaropes. Para uma análise crítica do uso do critério de “uso abusivo de medicamentos” por meio de um enfoque nas práticas e formas de consumo, ver Lefèvre (1991). Em termos de uma desconstrução da categoria de ‘abuso de medicamentos’ através de uma abordagem baseada na importância do autodiagnóstico no itinerário de cuidados de saúde de povos indígenas, ver Buchillet (1991).

tomando essas medicações em excesso e desde recém-nascidas. Assim, se fechava um circuito de explicações em que não era mais possível distinguir uma ‘racionalidade biomédica’ nas ações dos profissionais de saúde: os antibióticos eram usados para garantir que as gripes não se transformassem em pneumonia já que as crianças indígenas eram especialmente “vulneráveis”, mas eram proibidos porque expandiam essa “vulnerabilidade”. A chave de compreensão, portanto, se transfere para o sujeito da ação: os antibióticos eram interditados aos Agentes Indígenas de Saúde como forma de regular sua atuação no interior da EMSI e não apenas quanto ao seu papel de AIS.

A articulação do uso de medicamentos no cotidiano do Posto de Saúde na aldeia se revela, assim, uma dimensão fundamental das ações de saúde e das relações que são tecidas no entorno desses processos diários. Através de uma análise atenta aos critérios de uso compartilhados entre técnicas de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde, o fármaco aparece enquanto um símbolo que nos permite exatamente compreender como os profissionais de saúde também ressignificam seu uso no contexto do atendimento aos povos indígenas.

As visitas dos Agentes Indígenas de Saúde: a outra face da mediação

É importante pontuar que nem sempre os Munduruku procuravam o Posto de Saúde quando estavam doentes, havia uma diversidade de remédios tradicionais usados cotidianamente para tratar diversas doenças. Durante as visitas às casas, eventos que acompanhei ao lado dos Agentes Indígenas de Saúde, isso ficava bastante claro. Enquanto pesquisadora, considerando minha inserção no cotidiano do Posto de Saúde, foi importante notar que os Munduruku eram discretos quanto à conversação e explanação em torno de seus remédios tradicionais¹⁹², assunto que surgia nas casas visitadas ou no Posto de Saúde apenas quando eu perguntava. O uso das plantas e remédios tradicionais, por exemplo, jamais era tema de conversa com os profissionais de saúde. Quando recorriam ao Posto de Saúde, os Munduruku agiam de determinada maneira e que era muito diferente da relação estabelecida por meio das visitas. No Posto de Saúde o tempo depreendido era muito reduzido, as pessoas não utilizavam o espaço para conversar ou para qualquer outra atividade, a não ser pelo uso do rádio.

¹⁹²Pollock relata a mesma situação de discrição entre os Kulina e seus conhecimentos tradicionais e aponta, ainda, que sua etnomedicina estaria viva graças a essa atitude frente ao preconceito da sociedade envolvente peruana e brasileira. (1994:158).

A descrição dos pormenores que envolviam a manifestação de uma doença eram os assuntos mais comuns durante as visitas que os Agentes Indígenas de Saúde faziam às casas de seus parentes. Os episódios que explicavam as doenças para os agentes de saúde eram marcados por uma temporalidade específica do tipo “estava bem e de repente senti uma forte dor na barriga” ou “eu estava indo para a roça quando tropecei num pedaço de pau”. Essas histórias eram contadas invariavelmente para os Agentes Indígenas de Saúde e quase sempre no contexto doméstico das casas. A visita, portanto, nunca era tomada como um evento de verificação ou vigilância, no sentido pretendido pelos supervisores dos AISs, mas de conversação. Essas conversações não eram compartilhadas com os profissionais de saúde nem pelos Munduruku e nem pelos Agentes Indígenas de Saúde. Todavia, nas poucas oportunidades em que ocorreram, notei que os profissionais de saúde não atribuíam qualquer importância a essas descrições em suas relações com a doença. Essas descrições eram mais comumente significadas como reclamações de um doente fragilizado pela doença, destituindo a intencionalidade que os diálogos Munduruku tentavam resgatar e recompor através das histórias contadas e recontadas entre eles e para os Agentes Indígenas de Saúde.

No período em que realizei a pesquisa de campo tive oportunidade de acompanhar o trabalho dos dois únicos AISs atuantes na aldeia naquele momento. Mino era um jovem de 27 anos que havia se casado há sete anos com uma mulher do clã de sua mãe, que conheceu quando residia com sua tia materna a fim de completar os estudos fundamentais na escola. Quando surgiram vagas para trabalhar no Posto de Saúde ele foi escolhido junto com Teresa para ocupar a função. Ambos foram eleitos numa reunião da comunidade. Teresa, por sua vez, era uma jovem de 22 anos que residia com seus pais e irmãos e possuía duas filhas. As ‘mães solteiras’ na aldeia representavam uma parcela discreta da população feminina que tinha filhos sem casar e isso podia ocorrer em algumas situações. No caso de Teresa, um relacionamento com um jovem da mesma metade de seu pai teria comprometido sua possibilidade de casar e, ao mesmo tempo, permitido sua indicação para a vaga de AIS¹⁹³.

¹⁹³ A Agente me relatou que desde o nascimento de sua primeira filha que começara a trabalhar e não mais parou, há sete anos. Antes de ser AIS, ela fazia as tarefas domésticas na casa de um ex-chefe de posto da FUNAI cuja esposa era auxiliar de enfermagem. Foi seguindo os conselhos dessa auxiliar, com quem Teresa tinha relações cotidianas, que ela decidiu buscar um trabalho na área de saúde. O argumento utilizado pela auxiliar de que ela poderia ajudar sua família com aquele salário acabou a convencendo, muito embora ela tenha declarado que gostaria de ter sido uma professora.

Teresa, assim como os outros antigos Agentes Indígenas de Saúde com quem conversei, havia feito curso de formação de AIS. Mino, ao contrário, era o único que ainda esperava a oportunidade, apesar de já estar trabalhando desde que fora eleito pela comunidade. Assim, no primeiro período de campo tive oportunidade de conviver com Mino cujas instruções para o trabalho haviam sido obtidas de maneira pouco sistemática. Ele não deixava de demonstrar nervosismo por estar nessa situação de exceção em relação a outros agentes, mas ao mesmo tempo, isso me permitiu vislumbrar diferenças em sua abordagem. Além de procurar destacar essas diferenças, destacarei o momento de passagem vivido por Mino, quando o mesmo volta de sua primeira etapa de capacitação como AIS.

Era participando das visitas que eu tinha acesso a situações distintas ao contexto de ministrar medicamentos. Fiz muitas visitas com Mino e Teresa, cuja riqueza estava no conversar entre as casas, assim como nas situações domésticas com a qual nos deparávamos e que enriquecia o lugar de fala desses agentes e me ajudava a refletir sobre as dificuldades que eles apontavam como “as pessoas reclamam demais”. Tentarei ao longo das descrições etnográficas sobre as visitas, sublinhar esses aspectos do atendimento distanciados do espaço do Posto de Saúde. O importante das visitas também se dava pela explicitação do papel do AIS perante sua própria comunidade e o que estava implicado nessa conduta: a circulação de informações e seus aspectos classificatórios que me ajudaram, sobremaneira, a compor o tipo de comportamento que os Munduruku esperavam dos Agentes Indígenas de Saúde. A estratégia que adotei para descrever as visitas baseia-se no acompanhamento de três casos que procuram abranger várias situações típicas das visitas, marcando nesses casos, o ponto de vista dos Munduruku e o momento de escolha dos itinerários, assim como a forma de participação do AIS nesse processo.

Antes, porém, cabem algumas considerações sobre o tipo de abordagem que privilegiei ao tratar, ainda que secundariamente, dos pajés e dos pajés brabos que eram mencionados durante diversas situações de atendimento, principalmente quando os AISs realizavam as visitas. Já falei sobre a importância da figura do pajé na ordem do itinerário escolhido pelos Munduruku e, também, sobre a maneira como os cuidados das mães em torno das crianças se orientavam para prevenir ações de pajés brabos. A abordagem sobre feitiçaria como central à organização sociopolítica das sociedades indígenas amazônicas é um argumento que se encontra bem documentado e analisado na coletânea organizada por Whitehead & Wright (2004), em que são criticamente

analisados os sentidos da ambiguidade do papel do xamã/feiticeiro tendo como ponto de partida que:

“The deep mytho-historical presence of dark shamanism, contemporary with, if not actually preceding, the original emergence of persons and shamanic techniques, indicates that dark and light, killing and curing, are complementary opposites – not antagonistic possibilities” (idem, 2004:3).

Assim, quando abordo a emergência do tema da feitiçaria durante as situações de atendimento, procuro destacar o lugar de fala dos Munduruku que atribuíam uma relação de complementaridade nas ações que levavam à morte ou à cura, sendo estas ações extensivas ao papel do pajé e do pajé brabo conformando sua relação de oposição complementar. Assim, este trabalho é tributário de uma abordagem que procura enfocar o pajé através da sua relevância na micropolítica das relações cotidianas, inclusive admitindo haver um papel historicamente ocupado por essas pessoas enquanto mediadores políticos nas relações com as sociedades envolventes. Mais do que as técnicas xamânicas, nos interessam aqui os mecanismos que acionam a figura dos pajés e dos pajés brabos simultaneamente.

O principal mecanismo de atuação do pajé estava dado na sua própria possibilidade de circulação. Como os Munduruku preferencialmente acionavam pajés de outras aldeias para realizar curas, os pajés estavam sempre em deslocamento. Essa era uma situação bastante evidente para os profissionais de saúde, que reclamavam de ter que incorporar o movimento dos pajés ao itinerário dos pacientes¹⁹⁴. Os doentes frequentemente entravam em conflito com os profissionais de saúde quando era preciso esperar a chegada do pajé ou ir ao encontro do mesmo. Interessante notar, ainda, que a movimentação constante era administrada coletivamente, sendo uma premissa importante para vários Munduruku, mesmo quando estavam na CASAI e na cidade. Assim, a atuação dos pajés não estava presa à territorialidade do Pólo-Base como era o

¹⁹⁴ Como Foucault argumenta em “Governmentality” (1991), tratar-se-ia da ênfase dada à necessidade de fixação das populações como um mecanismo de poder governamental, sob a alegação da eficácia das políticas públicas. Souza Lima & Macedo e Castro (2008) realizam exercício similar quando problematizam a própria noção de que tais políticas sejam públicas, no sentido de que as políticas governamentais se constituem a partir de diferentes modalidades de organização não necessariamente redutíveis à organização administrativa de Estados nacionais imaginados. As etnografias realizadas em torno da administração pública demonstram haver uma pluralidade de associações que criam, produzem e conformam o que chamamos de Estado nacional a partir de múltiplas relações e associações que compõe as políticas governamentais. Nesse sentido ver também a tese de doutorado de Barroso-Hoffman (2008).

caso dos profissionais de saúde. Essa diferença era desigualmente tratada, sendo motivo de reclamações entre os membros da EMSI que alardeavam a posição de poder ocupada pelo pajé, num movimento que buscava minimizar sua importância ao mesmo tempo em que se tornava também um assunto cotidiano para os próprios profissionais de saúde. A restrição sobre a circulação dos pajés, inclusive no interior da CASAI, explicitava, por um lado, o preconceito com que suas técnicas xamânicas eram consideradas pelos profissionais de saúde e, por outro, a sua centralidade para os Munduruku. Centralidade que claramente se organizava em torno dessa circulação constante pelas aldeias, pela cidade, na CASAI, no hospital municipal. Essa circulação expandida dos pajés Munduruku, em relação aos profissionais de saúde, cumpria duplamente o papel de curar como de intervir na ordem do itinerário a ser seguido pelos doentes. Essa duplicidade ou ambivalência assinala uma posição de poder de mediação e que, segundo Whitehead & Wright, pode ser generalizável à situação histórica de outros povos indígenas da região amazônica:

An important emergent theme (...) has been the mutual production of cultural and social categories between “native” and “colonial” (or national) societies that have come to dominate indigenous communities throughout the region. In this context, shamanism has emerged as an important vehicle for the mediation of change (idem, 2004:11).

Baseada nessas considerações, gostaria de sugerir que se a circulação dos pajés Munduruku era parte constituinte do exercício de suas habilidades, era propriamente essa intensa circulação que ocasionava conflitos com os profissionais de saúde em torno do atendimento. Quando era negado transporte ao pajé, como vimos na descrição de um dos ex-Agentes Indígenas de Saúde, a acusação que pesava sobre os profissionais de saúde era a de que não gostavam do pajé. Da parte dos profissionais de saúde, a acusação que pesava contra os Munduruku era de que eles não “entendiam” os trâmites administrativos e, por isso, tinham demandas complicadas de serem atendidas.

Essa passagem entre assistir e administrar estava no cerne da atuação das enfermeiras, como vimos no capítulo anterior. Ocorre que foi a partir dos entraves colocados à circulação dos pajés que se tornaram evidentes as tentativas de limitar sua atuação na tomada de decisão sobre os itinerários dos doentes. Ora, os motivos apontados para tanto eram sempre de ordem administrativa, na medida em que se

argumentava que os Munduruku não compreendiam bem tais trâmites, bem como também não compreendiam bem o uso dos medicamentos. No discurso dos profissionais de saúde, era como se a parte administrativa se desvinculasse da assistência a ser prestada, desvelando um mecanismo social (dispositivo de poder, nos termos de Foucault) através do qual era possível operar a noção de políticas governamentais enquanto políticas que seriam públicas (Souza Lima & Macedo e Castro, 2008), mas que na verdade implicam diretamente relações entre distintos modos de organização administrativa. Argumentos de que não havia verba, não havia gasolina, não havia motores suficientes, era preciso fazer licitação, não havia como determinar prazos para a chegada dos diversos suplementos e insumos, entre outros, eram limitações concretas transformadas em recursos de autoridade assistencial/administrativa. Esse era um discurso que os profissionais de saúde – fossem enfermeiros ou técnicos de enfermagem – faziam frequentemente e esperavam que, dessa forma, os Munduruku “entendessem” suas justificativas. Os Munduruku enquadravam essas justificativas como um repertório ensaiado dos profissionais de saúde cuja *intenção* era negar a assistência pretendida por eles. Nas ocasiões de conflitos mais tensos, os Munduruku buscavam apontar a seletividade com que as justificativas eram acionadas, contribuindo para dimensionar o poder que estava em jogo nessa prática administrativa dos cuidados em saúde. Assim, os termos do conflito se pautavam em mútuas acusações diametralmente opostas. A acusação dos Munduruku era baseada na intencionalidade, enquanto a acusação dos profissionais de saúde se baseava na falta de intencionalidade deles mesmos em relação ao “sistema”, unida à falta de discernimento dos Munduruku sobre os trâmites administrativos e sua “conseqüente, natural e desinteressada” influência na prestação da assistência.

Apesar de observações extensas, o motivo dessa digressão nos serve para preparar o terreno à apresentação das visitas, através da qual foi possível perceber, por exemplo, a intensa circulação dos pajés e a dificuldades dos AISs em se posicionar diante desse jogo de atribuição de responsabilidades.

*

O caso do velho Tadeu. O senhor Tadeu residia na aldeia há alguns anos. Em nossas primeiras conversas, ele me contou que havia deixado sua antiga residência com a família após sucessivos eventos de acusação de feitiçaria que culminaram na morte de

um de seus filhos¹⁹⁵. Com setenta e poucos anos ele era um paciente bastante visitado em casa e habitualmente reclamava de fortes dores no lado esquerdo do quadril. Quando passava mal, em geral, alguém da família ia até o Posto de Saúde comunicar e pedir uma visita. Da primeira vez, a enfermeira Malu e o AIS Mino se dirigiram para lá e eu os acompanhei. No caminho, a enfermeira reclamava sobre o seu baixo salário, parte de seu repertório diário. Ao chegarmos à casa, Tadeu estava em sua rede e gemia por causa daquelas dores. Tadeu e Mino conversaram longamente em Munduruku. Malu, em seguida, iniciou suas questões, perguntando se ele tinha tido febre, ao que o próprio senhor respondeu em português que não. Em seguida, entraram uma filha e uma neta de Tadeu e relataram mais um punhado de histórias para Mino. Enquanto isso, a enfermeira mediu a pressão arterial e comunicou que estava boa considerando sua idade e sua condição de hipertenso. Em seguida, comunicou o tratamento que adotaria. Disse que lhe daria Nimesulida e Ibuprofeno para a dor e, na hora de dormir, ele tomaria também Diclofenaco de Potássio, para garantir uma noite de sono sem dores. Emendou dizendo que o Diclofenaco atacava muito o fígado dele, mas não tinha outro jeito. Fomos todos embora naquele momento, e em seguida, Mino retornou com as medicações indicadas pela enfermeira.

Treze dias depois, uma nova chamada foi feita no Posto de Saúde para atender seu Tadeu. Dessa vez, eram 20hs e a enfermeira Malu foi acompanhada por mim e pela técnica de enfermagem Helena, mas sem o AIS. O senhor Tadeu estava em sua rede com muitas dores e sem poder falar direito. Nessa ocasião, um de seus filhos disse que ele tinha “bicho”¹⁹⁶ na coxa esquerda. Além disso, disseram também que ele estava febril e seu coração “estava querendo parar”. Malu a princípio falou que não deveria ser isso, mas quando sentiu dificuldades em medir a pressão arterial, concordou que a arritmia cardíaca era real. Resolveu aplicar uma dose de Buscopan® (Butilbrometo de Escopolamina) na veia e enquanto aguardava, comentou que estava pensando em enviá-lo para a cidade. Ficamos todos ali ao redor do senhor, uns sentados e outros em pé, esperando o efeito do remédio. Logo que o senhor se recuperou da intensa dor que sentia, balbuciou que não queria ir para o hospital. Malu sorriu e brincou com seu

¹⁹⁵ Essas mudanças de aldeia eram freqüentes e o caso de Tadeu não se configura como uma exceção, assim como a indicação das acusações de feitiçaria como o motivo para o deslocamento também era acionada pelos Munduruku. O objetivo aqui é expressar o encadeamento dessas ações e sua importância no contexto do xamanismo.

¹⁹⁶ Como já dissemos no capítulo 3, “Bicho” era uma tradução comum que os Munduruku faziam quando falavam do *cauxi* (feitiço) para os profissionais de saúde. É importante lembrar que os profissionais de saúde reconheciam que quando os Munduruku falavam de “bicho”, estavam a falar de ações de feitiçaria, de pajés brabos e de feitiços.

Tadeu: “Já ficou bom só de falar em ir para Jacareacanga, né?! Mas o senhor tem que descer para fazer um Raio-X da perna. Desde que o senhor machucou essa perna, nunca mais sarou...” Nesse momento, ela consultou os parentes dele e perguntou se ele estava andando normalmente nos dias anteriores. Eles confirmaram que ele estava bem e andando nos últimos dias, e insistiram que aquele era um caso de “bicho” e que o pajé de uma aldeia próxima viria atendê-lo. Malu fez uma feição de pouco caso e retrucou “E o pajé não vem amanhã de manhã?” Os parentes não sabiam precisar o horário. O que eles estavam dizendo, entretanto, era que antes de ir para a cidade, Tadeu tinha de esperar o atendimento do pajé Edgar. Malu disse, então, virando-se para Tadeu e reforçando seu semblante de tédio: “o pajé vai vir aqui, vai benzer o senhor e vai dizer que o senhor tem que ir ao hospital tirar uma chapa da perna...”. Ninguém respondeu a essa fala. O senhor novamente balbuciou que não queria ir para a cidade. Seu filho complementou o raciocínio do pai dizendo que um dos problemas do hospital era a cama: “Índio não gosta de dormir na cama, acorda todo dolorido, aqui assim” e apontou as costelas.

Oito meses depois, quando estava na segunda etapa de campo, voltei a visitar seu Tadeu mais duas vezes junto com Mino. Na primeira ocasião, Mino queria saber se Tadeu já tinha se curado de uma gripe da semana anterior para descartar a possibilidade de recaída de uma tuberculose pregressa. Entramos e o senhor nos ofereceu bancos para sentar e café. Tadeu estava sem gripe, mas reclamou de uma ferida recente perto dos olhos por conta de uma coceira forte na região que ele não conseguia evitar. Mino lhe disse que traria uma pomada para ajudar com seu problema. Eles ficaram um longo tempo conversando. Depois, Mino me contou o que havia sido dito. No dia anterior de madrugada, seu Tadeu tinha saído de casa para ir a um dos banheiros da Funasa que ficava próximo. Mas ele se perdeu na volta por causa da “vista fraca”. Sem saída, sua única solução foi gritar pela sua mulher, que logo veio buscá-lo. Quando Mino terminou de me contar, eles riram novamente da história. Compartilhar esse tipo de situação, narrada com ênfase em aspectos fortuitos, mas significativos sempre foi a tônica das visitas a seu Tadeu. Na segunda ocasião, fomos visitá-lo porque Mino queria saber como estava seu olho. Vemos que a atitude do AIS é sempre permeada por uma história que não tem começo ou fim como as fichas de protocolo usadas no Posto de Saúde, mas é sempre contínua e em face de uma relação anterior. Tadeu nos recebeu alegremente,

nos pediu para sentar e nos ofereceu café e beiju¹⁹⁷. Dessa vez, nos falamos um pouco em português e ele me contou que sua mulher estava na roça capinando. Voltou a reclamar de suas dores na bacia, do lado esquerdo e disse que era *cauxi*, mas que ainda não tinha ido ao pajé novamente. Mino, então, perguntou como estavam seus medicamentos para controlar a pressão arterial e Tadeu nos trouxe uma pequena bacia com seus pertences de uso individual: os comprimidos de Captopril, uma pomada de gentamicina para o olho, um tubo de pasta de dentes, uma escova de dentes e um pente. Mino repetiu os horários em que devia tomá-los: de manhã, de tarde e de noite. Vale lembrar que seu Tadeu mantinha os remédios de hipertensão em casa porque estes eram os únicos medicamentos “liberados” pelas profissionais de saúde, assim como o soro caseiro para as crianças. Entretanto, antitérmicos, analgésicos e todos os outros, eram entregues diretamente às pessoas em ocasiões muito específicas, como a de seu Tadeu cuja pomada para os olhos não constituía um tratamento comum no posto de saúde e não chamava atenção da vigilância exercida pelos profissionais de saúde. A não ser que várias pessoas comessem a pedir por determinado medicamento. Nesse caso, novamente se instaurava critérios rígidos de distribuição do mesmo.

Percebemos através da descrição do caso de Tadeu vários aspectos importantes sobre a construção da prática do AIS. Primeiramente, nas visitas em que o AIS esteve presente com a enfermeira não houve qualquer tradução, embora o AIS tenha sido diretamente abordado pelos parentes de Tadeu oferecendo relatos de seu estado de saúde. No entanto, todas as informações transmitidas pelos parentes de Tadeu em Munduruku permanecem fora do horizonte da enfermeira. A intervenção da enfermeira ocorre sobre assuntos pautados exclusivamente por ela, segundo suas noções de risco e perigo à saúde de seu Tadeu. A relação entre a enfermeira e o AIS se torna mais clara na situação de atendimento seguinte, na qual o AIS não se encontrava. Nota-se que, nesse caso, a negociação em torno da consulta ao pajé é feita diretamente com a enfermeira. Esta claramente demonstra que o atendimento do pajé não é essencial, tanto a partir dos trejeitos, da entonação de voz usada e do argumento expresso de que ela já sabia o que o pajé iria fazer. No fim desta negociação, a família resolve esperar o atendimento do pajé e a enfermeira não insiste em levar seu Tadeu ao hospital imediatamente. Diante desse

¹⁹⁷ Oferecer café era o mínimo que se fazia quando da visita de um AIS. No caso das profissionais de saúde, havia uma tensão marcada entre ser receptivo e sentir-se enganado, pois era muito comum os Munduruku argumentarem que as enfermeiras só faziam visitas quando estavam interessadas em receber presentes como peixe, cará, bananas, etc. Assim, as visitas das enfermeiras eram marcadas pela acusação em potencial de serem interesseiras.

cenário, constituído por pequenos e fugidios elementos de conversação, fica claro que não se estabelece um elo comunicativo através do AIS no sentido da mediação. O elo estabelecido passa pela regulação objetivada pela enfermeira que seleciona o que deseja ouvir através de perguntas específicas, utilizando os procedimentos comuns a um exame clínico.

Em segundo lugar, temos as duas visitas posteriores em que o AIS está realizando seu trabalho rotineiro pelas casas. Vemos que, nesses casos, a conversa fluía em muitas direções e abordavam situações bem mais amplas do que as dores. O protagonismo de Tadeu era bem maior, sem dúvida, pois ele nos recebeu pessoalmente, sentou-se junto a nós e conversou sobre vários assuntos. Aproveitei o caso de Tadeu para abordar esse tipo de relação estabelecida com os AISs, pois essa realidade era generalizável. Ao chegar à casa das pessoas, nos deparávamos com remédios tradicionais em uso, com o pajé em ação, e nos engajávamos em conversas sobre suspeitas de ataques de feitiçaria. Aqui, o olhar era ampliado e focado em outros índices de risco: descrições de acidentes, descrição da própria temporalidade na qual a doença ou mal estar se desenrolou, relação do acidente com o próprio desenrolar do mal-estar, período de recuperação e seu houve reincidência de algum sintoma, bem como se delineavam apontamentos de remédios tradicionais que estavam sendo utilizados.

Em terceiro lugar, Tadeu não sentia dores severas quando das últimas duas visitas relatadas, mas a relação entre o problema no quadril e o feitiço continuava o preocupando e, por isso, ele comunicou que deveria ver o pajé novamente. Mino, então, fez algo que raramente tem oportunidade de fazer na presença de outros membros da EMSI ao se certificar da medicação regular tomada pelo senhor e lhe transmitir o modo como o medicamento deve ser tomado. Esse é o tipo de conhecimento que os Munduruku esperam que o Agente Indígena Saúde possa obter e repassar a seus parentes. Aqui o AIS exercia, a meu ver, um tipo de mediação – não aquela postulada pela política governamental – mas uma mediação na qual a parcialidade está prevista conquanto o engajamento do AIS como terceiro se situa exatamente em relação a sua pertença social mais importante nesse contexto, que se dá em relação a sua comunidade etnicamente diferenciada. São essas as informações (sobre o uso dos medicamentos) que são, por sua vez, as mais reguladas pelas supervisoras/enfermeiras. O AIS é então tomado por uma ambivalência que é a marca do modelo de atenção diferenciada, que postula a inserção dos indígenas no sistema de administração da saúde pública e assistência básica no Brasil através de um subsistema, buscando efetivar a diferenciação

no contexto do atendimento, em sentido estrito, como se o atendimento tivesse o poder de reorganizar a experiência dos sujeitos em relação. O problema é que o atendimento começa muito antes, começa na história de formação das próprias enfermeiras; no modelo dos improvisos efetuado pelas técnicas de enfermagem em aldeia e que se constitui numa forma de prestígio social; na forma como a administração pública se organiza em torno do que privilegia como sendo informações sobre saúde e no modo como instrumentaliza esse conhecimento.

Além disso, o repertório compartilhado de meia-dúzia de vocábulos que tratam de sintomas específicos de dor dava ao profissional de saúde com algum tempo de trabalho nas aldeias a autoridade de que precisava para dispensar maiores participações do AIS no processo. O elo comunicativo se tornava uma expressão amorfa do papel dos Agentes Indígenas de Saúde porque ele necessitaria de outro tipo de reconhecimento pelos profissionais de saúde para promover a mediação que a política de saúde indígena propõe. Por isso, a cautela que devemos ter ao analisar o papel dos AISs é de não projetar sobre seu cotidiano um ideal de atuação que *deveria* ter e, ao mesmo tempo, ponderar sobre o significado de sua presença para os Munduruku e para os profissionais de saúde. Não quero aqui sugerir que os AISs não sejam considerados importantes aos membros da EMSI, mas ele era importante enquanto instrumentalização dos princípios de administração dos serviços de enfermagem no qual ele estava integrado na prática. O AIS não era requisitado para facilitar diálogos e muito menos, intervir nas decisões dos profissionais de saúde. Sugeriria, antes, que a mediação exercida pelo AIS era o ato de transformar-se ele mesmo num elemento de ambivalência, ocupando um terceiro lugar a partir dos dois tipos de demanda que se colocam sobre ele: aprender a relacionar medicamentos a sintomas para dominar as habilidades requisitadas pelos Munduruku, e aprender a efetuar assistência geral a todas as ações rotineiras da administração do cotidiano de saúde no Posto, na condição permanente de supervisionado, como requisitado pelas enfermeiras e apoiado pelos manuais de formação dos AISs.

*

A dinâmica da EMSI, portanto, se mostra muito similar a de outras equipes de saúde. As noções do paciente sobre sua doença são basicamente descartadas, ao AIS não cabe incorporar qualquer comentário sobre a condição do paciente, e ao profissional de saúde cabe produzir diagnósticos através de sua experiência progressiva das

enfermidades mais frequentes e das consideradas mais perigosas pela alta mortalidade relacionadas. Como veremos nos próximos dois casos, em que acompanhei a AIS Teresa, outros aspectos dessa faceta do trabalho surgem. O manejo das situações emergenciais e a forma como essas tensões eram administradas pelos Agentes Indígenas de Saúde serão os temas tratados a seguir.

O caso das gêmeas 'surpresa'. Como era usual na aldeia, as mulheres podiam parir tanto com a ajuda de uma parteira como sozinhas, ou ainda, com a ajuda da mãe. Teresa, logo que ficou sabendo do nascimento de gêmeas da irmã de seu pai, foi visitá-la. Havia um burburinho nesse dia porque ninguém estava sabendo que Vanessa esperava gêmeos. As duas meninas dormiam juntas e tranquilas na rede e a mãe, que havia parido sozinha, contou que estava usando um remédio caseiro a base de taperebá (*akay*) para cicatrizar mais rápido o umbigo de uma das meninas que estava sangrando um pouco. Ao sairmos de lá, Teresa disse acreditar que sua tia sabia das duas crianças, mas não avisara a ninguém no Posto, confirmação de uma prática que se constituía como símbolo da não adesão das mulheres Munduruku em torno dos procedimentos adotados pelas enfermeiras em relação ao parto. Em consequência ao estabelecimento dessa tensão, havia diversas reclamações de enfermeiras e técnicas de enfermagem que acusavam essas mulheres de acionarem a assistência apenas em último caso. Entretanto, apesar de limitar a participação das profissionais de saúde nos trabalhos de parto, a notícia de que a equipe de saúde não havia detectado uma gravidez de gêmeos na aldeia proporcionou aquele clima de burburinho que dominava o Posto de Saúde quando saímos para visitar Vanessa. Como recentemente havia ocorrido uma troca da enfermeira responsável pelo Pólo-Base, os rumores pela surpresa da chegada das gêmeas era associada a esse fato novo. Essa notícia incomodou Teresa especificamente, que julgava ser a nova enfermeira pouco interessada no pré-natal e que, se fosse com Malu, sua tia teria sido encaminhada para o hospital. Ela recordou, inclusive, que num exame de rotina na própria aldeia, a técnica Mirtes já havia contado dois batimentos cardíacos diferentes, mas de alguma forma essa informação anotada nos papéis não foi utilizada por ninguém. Mino também demonstrara preocupação com a mudança de supervisão, e frisou que as pessoas estavam comentando que a enfermeira não sabia do caso das gêmeas. Tanto esse como os dois casos que descreverei a seguir marcavam claramente para os AISs as diferenças entre as enfermeiras Malu e Silvana.

Caso I. Na semana seguinte ao nascimento das gêmeas, outro bebê nasceu. O pai veio comunicar o nascimento no Posto de Saúde. Mino foi visitá-lo e eu pedi para

acompanhar. O bebê foi pesado e medido pelo AIS, sendo colhida a impressão da digital do pé esquerdo a ser anexado no documento de registro de nascimento. Todos na casa disseram que o bebê estava bem. A mãe contou que estava bem e tomava um chá tradicional para ajudar a estancar o sangramento pós-parto, cujo caule seu marido me mostrou. A família estava reunida do lado de fora, as crianças em volta e as mulheres mais velhas conversavam entre elas. Uma semana depois, o bebê começou a apresentar problemas respiratórios. No segundo dia em que foi ao Posto, Teresa já comentava com preocupação que o bebê estava mal desde as 12hs do dia anterior, mas que a medicação das 14hs o pai só tinha ido buscar às 16hs. A justificativa usada pelo pai da criança era de que ela estava mal e, por isso mesmo, não queria levar para o Posto de Saúde. Teresa o aconselhou que se o bebê continuasse como estava, deveria levá-lo ao Posto para realizar uma sessão de nebulização. Às 17hs, os pais resolveram trazer a criança. A mãe reiterou que não queria trazer porque “quando vai ao Posto a criança piora”. Perguntei para Teresa como isso acontecia e ela me deu um exemplo: a criança está com gripe, leva-se ao Posto. No dia seguinte, ela amanhece com vômito e diarreia. Teresa reclamou que nos dias de hoje havia muitos pajés brabos e que eles “enxergavam como os pajés mansos, mas para fazer o mal”. Contudo, ela também disse que no caso de Lara, mãe do bebê doente, tratava-se de descaso porque a mãe não estava produzindo muito leite, mas não insistia em amamentar e a criança ia ficando mal e doente. O recém-nascido não apresentou melhora significativa com as medicações durante toda a semana. Até que um dia à noite houve uma piora acentuada em seu estado de saúde e os pais procuraram assistência no Posto de Saúde novamente. O avô materno do bebê¹⁹⁸ e uma irmã do pai do bebê estavam presentes. Nesse dia, a respiração do menino estava especialmente ruim. Mino, que acabara de retornar de uma primeira etapa do curso de formação de AIS e estava sozinho na ocasião, tentava aplicar uma técnica de contagem de respirações, utilizando o parâmetro de 56 respirações por minuto que fora ensinado pelas enfermeiras. Ele tentava arduamente cumprir a tarefa, mas a cada vez ficava mais tenso porque não conseguia chegar a nenhum número minimamente próximo. Angustiado, ele se pôs de pé por alguns instantes e enfatizou que o menino estava realmente muito mal, pois o pajé já havia retirado dois *cauxi* de seu peito. Por seu

¹⁹⁸ Vale a pena mencionar que o avô materno do bebê era orador da igreja da missão batista. Enquanto os missionários não estavam por lá, ele era o responsável por conduzir as reuniões que aconteciam todas as quartas-feiras e domingos. Assim, mesmo vinculado ao ofício de orador evangélico, sua leitura sobre a doença do neto não se distinguiu das outras pessoas Munduruku que não eram evangélicas. A proporção de evangélicos na aldeia, no entanto, era baixa. Além dos caciques, outras 70 pessoas das 750, compartilhavam dos cultos.

estado grave, Mino providenciou os formulários de referência para o hospital em Jacareacanga. Em poucos dias, o bebê foi transferido para Itaituba, onde permaneceu por mais alguns dias e acabou falecendo. Quem me transmitiu a notícia foi a própria Teresa. Nessa ocasião, ela salientou que o avô materno estava suspeitando que houvessem colocado feitiço naquela noite em que a família esteve no Posto de Saúde, quando Mino tentava contar as respirações do bebê.

O relato de Teresa, sobre os motivos que levavam as mães a adiar a busca por assistência no Posto, estava plenamente articulado com outras atitudes de prevenção vivenciadas cotidianamente entre os Munduruku. Recordo especificamente de duas ocasiões em que essas atitudes de prevenção se revelaram de maneira organizada pelos Munduruku. A primeira ocorreu quando o pajé esteve no Posto de Saúde numa manhã, antes do atendimento iniciar, munido de duas varas de madeira, uma vermelha e outra branca, e proferiu uma fala de alguns minutos que, segundo me explicaram, era uma forma de espantar os feitiços dos pajés brabos. A segunda ocasião se deu quando, dias depois, vários homens se reuniram de manhã cedo para preparar um líquido extraído – segundo o cacique me explicou – de um tipo de timbó que era usado para espantar feitiço, sendo habitualmente aspergido por toda a aldeia. Essas ações podem ser descritas como ações preventivas por, pelo menos, duas razões: o cerne de sua proposta era manejar os riscos em torno do ataque de pajés brabos e por sua temporalidade rotineira. As atitudes de prevenção tomadas pelos Munduruku em torno da manutenção da saúde de sua comunidade através desse manejo do risco eram, entretanto, desvinculadas da categoria de prevenção à saúde utilizada pelos profissionais de saúde.

Não quero dizer com isso que os cuidados tomados pelos Munduruku em relação a sua saúde eram ignorados. A temporalidade com que eram realizados permitia aos profissionais de saúde com pouco mais de alguns meses de trabalho verbalizar a ocorrência de tais situações, que geralmente classificavam como a “crença deles”, ou a “crença no pajé”. Outros, com mais anos de experiência, tinham a percepção ainda mais complexa, como me contou certa vez uma antiga técnica de enfermagem da região, referindo-se à crença no pajé como algo que “ninguém vai entender nunca”. Oriundas de cidades como Itaituba e Santarém, essas profissionais de saúde já compartilhavam de um senso comum sobre os “costumes indígenas” e o tempo depreendido na aldeia atuava como uma instrumentalização desse conhecimento enquanto fonte de prestígio e distinção entre seus pares profissionais. Note-se que a referência é sempre externa aos Munduruku, eles nunca são tomados como interlocutores nesse processo. A participação

do AIS na equipe de saúde atualiza essa percepção e a reforça na medida em que as restrições que o Agente Indígena de Saúde sofria estavam amplamente amparadas em sua condição de supervisionado.

Caso II. Alguns dias depois, estávamos de manhã cedo no Posto de Saúde quando Teresa recebeu um chamado urgente para ver um bebê que estava muito mal e me convidou para ir junto. No caminho, percebi que havia uma tensão diferente em seu semblante. Teresa, então, falou entre dentes: “com a Malu não era assim, ela não trabalhava assim não.” Depois da recente morte do recém-nascido de Lara, seu comentário era bem sugestivo. Ela parecia se referir ao número de crianças que estavam mal nos últimos dias. Quando chegamos, nos deparamos com uma situação bastante difícil. A mãe segurava seu bebê entre as pernas, perto da fogueira e chorava. O pai da mãe, avô do bebê, nos falava que a menina estava muito bem mais cedo, mas que chorava muito e, por isso, tinham ido ao pajé Edgar¹⁹⁹. Segundo o avô, o pajé havia retirado dois *cauxi* do seu peito. Mas então, quando retornaram o bebê havia ficado daquele jeito: já não emitia nenhum som, a boca estava aberta, os olhos paralisados, um fio de respiração e o coração parando. Eu perguntei se não poderíamos levar a criança para o hospital, mas o avô, olhando para a neta, disse que não havia mais tempo. O avô continuava surpreso, afirmando que aquilo era feitiço e se desesperava com esses pensamentos, andando de um lado ao outro da casa. Teresa fazia pequenas verificações de vez em quando. Pôs a mão nos pés e viu que estavam frios. Uma senhora chegou nessa hora e fez uma massagem no rosto do bebê, passando as mãos com firmeza. Depois, Teresa fez menção de segurar o queixo do bebê, mas ele acabara de falecer. O avô chorava prostrado sobre a criança. Quando saímos, Teresa chorava e comentava com indignação que a mãe não estava amamentando a menina porque havia dito que “tinha algo ruim no leite”. Sua postura de indignação se direcionava tanto à nova enfermeira quanto ao comportamento da mãe do bebê. Pois, ao criticar os cuidados dispensados pela mãe da criança, reiterava sua inconformidade com a atuação da nova enfermeira e seu “modelo de trabalho”. Ela já havia feito comentário idêntico quando nasceram as gêmeas ‘surpresa’ de sua tia e na volta para o Posto de Saúde, Teresa adentrou de cabeça baixa e nada comentou com seus colegas de trabalho, AIS, AISAN e ACS que lá se encontravam.

¹⁹⁹ O pajé Edgar era de outra aldeia, e a consulta a ele fazia todo o sentido dentro das explicações que eu já ouvira sobre buscar pajés de outras aldeias pelos Munduruku.

A morte dos bebês se configurou rapidamente como um índice de descaso da enfermeira. Esses fatos seqüenciais chamaram a atenção do chefe de Posto da FUNAI na época. Alguns dias depois desse incidente, ele telefonou para a coordenação local do DSEI cobrando satisfações do trabalho da nova enfermeira e afirmando que se era para ser daquele jeito, melhor que voltasse a Malu. Assim, o “clima” depois dessas duas mortes seguidas se tornou tenso e as acusações começavam a se dirigir para a enfermeira. Entretanto, os AISs sofriam ao ouvirem diretamente as reclamações em torno do atendimento que estava sendo prestado. O que gostaria de chamar atenção, especificamente, seriam as diferentes perspectivas colocadas por Mino e Teresa nas situações críticas que vivenciaram como Agente Indígena de Saúde. Nas situações descritas acima os AISs estavam sozinhos atendendo as emergências. Mino jamais criticara o comportamento das pessoas. Suas reclamações giravam em torno do fato de que ele próprio era alvo frequente de fofocas e rumores sobre seu empenho como AIS. Já Teresa colocava suas opiniões sobre o atendimento, reclamava da postura de alguns parentes e também da enfermeira, ao mesmo tempo em que assinalava ouvir muitas reclamações quando “acontecia alguma coisa”, isto é, quando emergências começavam a surgir com freqüência. Ambos relatavam que não gostavam de serem deixados sozinhos prestando assistência no Posto de Saúde porque não sabiam como usar todos os medicamentos disponíveis e não podiam oferecer o mesmo tipo de atendimento das enfermeiras. A insegurança causada por esta situação se repetia ao longo dos meses não só pela escassez de membros da equipe de saúde, mas porque nem todas as enfermeiras estavam dispostas a permanecer longos períodos na aldeia como as técnicas de enfermagem. E as enfermeiras eram identificadas como as supervisoras do trabalho de assistência. A administração dos programas de saúde, nesse caso, se tornava secundária na avaliação dos AISs. O importante era ter a enfermeira por perto. Malu, nesse sentido, apesar de suas idas e vindas constantes, era facilmente encontrada em Jacareacanga.

Não foi possível averiguar o diagnóstico dado à morte das crianças porque não havia enfermeiras ou técnicas de enfermagem nessas últimas semanas do meu trabalho de campo e que coincidiram com os incidentes. Quando eu já estava na cidade, encontrei a técnica Mirtes retornando de suas folgas e a coordenação não a havia informado sobre o ocorrido. Quando soube, ela rapidamente identificou as duas crianças, mas não comentou o assunto.

O curso de formação dos Agentes Indígenas de Saúde: compondo índices de risco sobre a doença

Durante duas semanas Mino participou do módulo introdutório do curso de formação de AIS que costumava ocorrer nas dependências de uma missão evangélica, cujo espaço era cedido para esses eventos. O curso era ministrado por enfermeiras que tivessem alguma especialização pedagógica em seus currículos, como era o caso de Malu e da enfermeira da CASAI de Itaituba.

A primeira observação feita por Mino, sobre as duas semanas em que assistiu às aulas do módulo introdutório, foi a proibição de deixar as dependências da missão, ficando “presos” no local. Ao descrever as aulas com as enfermeiras, Mino relatou que a principal recomendação era para não tratar diarreia com antibiótico, e sim com soro caseiro. Essa lembrança das aulas fez o AIS comentar comigo que as pessoas não gostavam de tomar esse líquido, mas essa informação não foi discutida no curso. Por outro lado, as enfermeiras disseram que a gripe podia ser tratada com antibiótico, mas deveria vir acompanhada de uma dieta com muita água e líquidos em geral. Além disso, ele contou ter aprendido como medir a temperatura corporal através do termômetro e como medir a pressão arterial com o aparelho de pressão.

Ficava nítido nessas descrições como o evento do curso era um momento crítico na negociação da identidade dos AISs. Especialmente para Mino, que ainda não havia passado pela experiência do curso de formação, a mudança de perspectiva sobre os medicamentos começava a destacar a necessidade de uma mudança de comportamento de si e de seus pares. Assim, se era comum entre os Agentes Indígenas de Saúde mais antigos alegações que classificavam a atitude de outros Munduruku como uma atitude “deles” e não “minha”, para Mino essa era uma distinção jamais utilizada e que, até então, o diferenciava dos demais Agentes Indígenas de Saúde.

Em certa medida, o curso de formação legitimava seu papel enquanto AIS ao mesmo tempo em que construía uma lógica de atuação voltada para uma mudança de comportamento dos AISs, como se estes fossem os responsáveis diretos pela implantação de uma nova forma de medicar e ser medicado. Ao receber instruções que colidiam com a forma de medicar mais comum, e que Mino havia aprendido notoriamente na convivência com outros membros da equipe, como as técnicas de enfermagem e as enfermeiras, sua posição de mediador era trasladada para uma

ambivalência estrutural: dentro da equipe de saúde ele deveria ser um modelo tanto para os Munduruku quanto para os próprios profissionais de saúde.

Se a posição de AIS enquanto mediador é considerada ambígua em diversos trabalhos, é bom termos em conta que a posição do AIS no interior da equipe de saúde é forjada através de orientações que buscavam centralizar na ação do Agente Indígena aquilo o que a equipe só conseguia realizar separadamente. No caso das enfermeiras, por exemplo, Malu concentrava os esforços de seu trabalho na assistência direta, relegando para as técnicas de enfermagem a construção dos consolidados mensais e reclamando ativamente sobre essa parcela do trabalho. Silvana, por sua vez, entendia sua atuação a partir dos relatórios, da produção da cobertura vacinal, enquanto a assistência direta era o resultado da *administração dos outros* na organização das escalas de trabalho e na condução de reuniões de equipe. A ambiguidade do papel de Agente Indígena de Saúde dizia respeito, portanto, a uma tensão constituinte também ao exercício da enfermagem.

*

Logo nessa semana do retorno de Mino, apareceu no Posto de Saúde um menino de dois anos cuja mãe pedia algum remédio para a febre. Mino reparou que ele estava muito quente e, pela primeira vez, usou o termômetro para medir sua temperatura corporal. Ao ver que marcava 40°C decidiu lhe dar um banho. A mãe, sentada no banco de fora, aguardava. Ele trouxe o menino de volta, mediu a temperatura, deu paracetamol e o devolveu à mãe. Mais tarde ele comentou comigo que a temperatura havia baixado para 39,5°C. Reparei que aqueles números não estavam fazendo sentido para ele da mesma maneira que para os profissionais de saúde quando colocados na mesma situação, pois meio grau era um resultado considerado muito pequeno diante do índice de risco que aquela febre representava tanto para as técnicas de enfermagem quanto para as enfermeiras. Por outro lado, Mino acabara de retornar do curso de AIS, e estava buscando atuar segundo esses indicadores de risco, dentro de uma perspectiva epidemiológica que ele não compartilhava completamente, associado às formações baseadas maciçamente no que *não se pode fazer*. Essa lógica restritiva oferecia uma meia-chave da compreensão biomédica sobre a doença (por essas restrições constantes, as enfermeiras eram consideradas sovinas pelos Munduruku). Havia um índice

apreendido, e que se relacionava com a doença apenas na sua dimensão de risco²⁰⁰. Assim, o aprendizado formal adquirido nos cursos de formação enfocava a expansão de um repertório de índices, apartados das antecipações que lhes são inerentes como parte de um ambiente comum de comunicação (Schutz, 1979). A lógica restritiva não era tão eficaz em ensinar quanto em imputar uma posição de autoridade das enfermeiras em relação aos AISs.

O curso, que marca a relação entre enfermeiras e Agentes Indígena de saúde, nos aponta precisamente para a construção de um espaço institucional de *composição de índices sobre as doenças*, instituindo uma visão parcial sobre a causalidade das doenças, mas, sobretudo, instituindo um modelo de comportamento através do exercício continuado de reconhecimento dos índices de risco. Aqui se começa a dismantelar a possibilidade de mediação, na medida em que tal exercício de composição dos índices de risco das doenças não dialoga com outros critérios além daqueles fomentados pela epidemiologia.

Quando aliamos a análise do que nos sugere os relatos de um AIS no momento inicial de sua trajetória – na qual o advento do curso é importante para reafirmar sua posição no interior da equipe de saúde – com o engajamento cotidiano nesse trabalho, percebemos que há um deslocamento que determina sua posição. A separação artificial entre a busca ativa de doentes como resultado do exercício de composição dos índices das doenças, o treinamento de um olhar caro aos profissionais de saúde, omite a nova relação que se cria entre o sujeito e sua comunidade, ao mesmo tempo em que cristaliza a posição dos Agentes Indígenas de Saúde em relação aos outros profissionais de saúde.

*

As reuniões da equipe de saúde: a prática da constituição da ambiguidade

As reuniões internas à Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena ocorriam de forma esporádica. Quando acompanhei os trabalhos da enfermeira Malu, nenhuma

²⁰⁰ Peirce (1977), ao tratar da segunda tricotomia dos signos (ícones, índices e símbolos), define a relação entre o índice e o objeto do qual trata a partir de uma afetação específica por este objeto. “ Na medida em que o índice é afetado pelo objeto, tem ele necessariamente alguma Qualidade em comum com o objeto, e é com respeito a essas qualidades que ele se refere ao objeto.”(1977:52) No caso em tela, o risco é o índice apreendido sobre as doenças do ponto de vista biomédico.

reunião foi realizada. Com Silvana, entretanto, tive algumas oportunidades de assistir aos desdobramentos das formas de atuação de cada integrante nas reuniões.

Havia na aldeia, em consonância com a atuação da equipe de saúde, funcionários da FUNASA oriundos da antiga Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) que eram conhecidos localmente como “agentes de endemias” por sua específica participação no combate à malária. Nas aldeias, seu trabalho era idêntico aos dos microscopistas concursados do município, produzindo diagnósticos da doença.

Num dia em que a EMSI realizava a pesagem das crianças, apareceu no Posto de Saúde, sem qualquer aviso prévio, o coordenador que organizava o trabalho desses agentes de endemias da FUNASA. Ele se dirigiu à enfermeira pedindo uma reunião de emergência. Todos que estavam atendendo no Posto de Saúde foram chamados: os AISs Teresa e Mino, o microscopista Ivo, o ACS Ronaldo e a técnica de enfermagem Mirtes. O coordenador queria fazer uma reclamação embasada na Assembléia geral do povo Munduruku do ano anterior em que funcionários da Funasa foram criticados pelas lideranças indígenas porque os Agentes Indígenas de Saúde estariam arcando com suas funções indevidamente. O coordenador iniciou sua fala na reunião mostrando o manual do AIS que carregava consigo e no qual dizia que o AIS recebia capacitação para colher lâminas para exame de malária e sua única “atividade proibida era dar remédios”. Assim, o coordenador questionou, por outro lado, o que os AISs deveriam fazer, mas não estavam fazendo. Ele declarou que os AISs precisavam “estar mais ligados na questão de *transmitir a dinâmica social do grupo* para os profissionais de saúde”. A enfermeira endossou essa crítica acrescentando de imediato: “pois é... tem muito AIS por aí querendo fazer serviço de enfermeira”. O coordenador voltou a mostrar o manual como prova de sua fala. Em seguida, a equipe de AIS e ACS presentes foi muito elogiada pelos seus serviços. Teresa, então, tentou argumentar em relação às críticas colocadas pelo coordenador. Mal começou a falar, e foi interrompida pelo mesmo que lhe disse “não... não foi nesse sentido não.”

O coordenador continuou sua explanação que, por fim, acrescentou que os agentes de endemias da FUNASA estavam cansados de só receberem reclamações e nunca serem reconhecidos. Ao fim da reunião, fui conversar com Teresa para descobrir o que ela queria dizer, mas não teve chance. Ela me explicou que não dava para concordar com essas divisões, pois ela nunca ia deixar de atender alguém se “sabe fazer e recebeu treinamento” para tanto, como seria o caso da coleta de lâminas. Ela foi ensinada a fazer o procedimento, bem como a preencher o formulário SIVEP/Malária

(Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica) e não se recusaria a fazê-lo. Por um lado, Teresa reforçava o argumento do coordenador ao concordar que parte de seu papel era coletar lâminas, mas o percurso de sua participação e inserção na reunião explicitava uma tensão de outra ordem. Vemos que a maneira como o papel do AIS é abordado expõe, a partir da crítica de que precisa “transmitir a dinâmica social”, uma centralização de disputas em torno de seu lugar de fala. Assim, enquanto o coordenador usou a crítica para apontar uma lacuna na atuação dos AISs e reclamar do não-reconhecimento dos Munduruku de trabalho dos agentes de endemias, a enfermeira usou a mesma fala para apontar um desvio de conduta.

Tais acusações desvelam a forma prática da construção da ambiguidade, isto é, a possibilidade resguardada a esses profissionais/supervisores de nomear e classificar o comportamento dos AISs nos espaços de conversação e diálogo. Assim, a questão de “transmitir a dinâmica social” operava um mecanismo de produção da ambiguidade, como um dispositivo de poder foucaultiano, isto é, por meio de uma rede de relações que incluem enfermeiras, agentes de endemias, técnicos de enfermagem, FUNASA, índices de risco, formulários de atendimento, manuais, entre outros. A relação estabelecida entre esses elementos pontua não apenas a forma da relação entre enfermeiras e AIS, por exemplo, mas permite olhar para a prática dos AISs através de seu engajamento social enquanto sujeito das ações. Nessa medida, as relações de poder que busco analisar não se confundem com repressão, mas devem ser vistas como um meio, um conjunto de ações que atuam sobre ações possíveis, isto é, sobre os outros e suas possibilidades de ação (Foucault, 1994). Assim, os dispositivos conjuntos que possibilitam a atuação de cada membro da equipe de saúde desvelam a especificidades das condutas na forma prática de administrar a saúde e definem, por sua vez, agencialidades diferenciadas.

De articuladores, elos comunicativos e mediadores: reflexões finais sobre a prática dos Agentes Indígenas de Saúde.

Ao longo da participação nas atividades cotidianas, as enfermeiras, mesmo as que apresentavam condutas muito diferentes, tinham uma visão convergente sobre aquilo que os AISs deveriam fazer. Eles tanto podiam reconhecer os nomes de pessoas para dar remédios no Posto, achar seus nomes em português nos prontuários durante as campanhas de vacinação, coletar amostras de sangue para exames de malária. Além

disso, eles limpavam as dependências do Posto, faziam visitas às casas, administravam as doses dos medicamentos para cada pessoa, atendiam emergências junto com as enfermeiras ou as técnicas de enfermagem, orientavam as pessoas quanto às formas de contaminação das doenças endêmicas. E ainda, o evento mensal da pesagem das crianças de zero a cinco anos na aldeia congregava, basicamente, todas essas atividades nas quais o AIS era imprescindível nas modalidades de assistência prestadas às enfermeiras.

Para Simmel (1950), mediação pressupõe uma tríade de relações. E implica também uma forma específica de relação entre as partes, na qual a figura do mediador aparece como um terceiro cuja posição em relação às outras duas partes precisa ser explicitada, mas que em qualquer dos casos se configura como um elo que sustenta a unidade das oposições. Nesse sentido estrito, a figura do AIS emerge como um símbolo de mediação. Mas é preciso considerar também a díade fundamental a partir da qual a posição do AIS se insere. Trata-se da relação entre profissionais de saúde e Munduruku. Como Munduruku ele mesmo, o AIS não participa da relação enquanto um *non-partisan*²⁰¹, mas se destaca pelos interesses específicos que mantém com uma das partes na díade. Isto é, não é possível ignorar, omitir ou superar o tipo de engajamento do AIS ao estabelecer a tríade em questão. Ao AIS também não é possível guiar o processo comunicativo determinando a forma de conciliação, como um mediador comum, nem intervir na tomada de decisão, como um árbitro. Ao AIS cabe ser um elo no sentido estrito da palavra: um elemento que reforça a relação entre as outras duas partes, dando visibilidade aos conflitos. Por isso, a anunciada ambiguidade de seu papel pode ser interpretada como a própria forma da relação do seu engajamento enquanto um terceiro, isto é, tratar-se-ia de uma ambivalência. A ambiguidade estaria sendo usada, a meu ver, para nomear essa ausência da mediação pretendida, mas pouco nos fala sobre a mediação praticada. Entretanto, o fato em si do AIS poder ser pensado como um terceiro, isto é, de sua posição explicitar que existem diferentes partes em disputa – e no caso do *tertius gaudens*, como sugeri no início do capítulo – em disputa em torno desse

²⁰¹ Simmel (1950:149-151) explica que há dois tipos de imparcialidade possíveis que definem um mediador *non-partisan*. Sua imparcialidade poder ser construída tanto pelo igual interesse ou pelo igual desinteresse que mantenha em relação às partes que media, isto é, pode ser tanto fruto de um engajamento total ou de um não-engajamento. Simmel, entretanto, aponta que a mediação na qual há interesse do mediador em ambas as partes é o mais complexo porque, em geral, resulta no direcionamento do conflito para o próprio mediador. Se não é possível afirmar que os AISs detêm um engajamento idêntico entre as partes que busca mediar, também não é menos verdade que há sim um duplo engajamento que é construído aos poucos, na medida em que as habilidades de enfermagem vão sendo valorizadas e apreendidas nos cursos de formação.

terceiro, isto significaria apenas uma forma de mediação na qual a imparcialidade não seria sua principal característica (como no caso do mediador *non-partisan* em que Simmel (1950:149) pontua dois tipos diferentes de imparcialidade). Por isso, Simmel se configura como autor importante nessa reflexão, ao expandir o conceito de mediação e discernir entre distintas possibilidades de engajamento entre cada uma das partes nessa tríade configurada pelos Munduruku enquanto “pacientes”, os profissionais de saúde enquanto “responsáveis” pelo atendimento e os Agentes Indígenas de Saúde enquanto mediadores destas partes que o disputam e, ao fazerem isso, determinam seu modo de mediação possível.

Retomando os tipos de mediação possíveis ao “papel” do AIS, temos que: a mediação de saberes definitivamente não aparece como um foco das ações dos AISs, a não ser na forma acusatória de “transmitir a dinâmica social” aos profissionais de saúde, o que, na prática, significa se engajar em todas aquelas modalidades de assistência descritas. Assim, a mediação de saberes aparece intimamente conectada à relação com as enfermeiras, num jogo de atribuição de responsabilidades que não tem começo ou fim porque se concretiza como uma relação de poder.

A encarnação de um elo que facilitaria o percurso dos Munduruku até a assistência de saúde opera simultaneamente às visitas, onde os AISs são mais cobrados pelos Munduruku. A visita nas casas significa mais do que as orientações de conduta, mas valorizam certa relação específica que os Munduruku almejam com o Posto de Saúde e seus profissionais. Aqui a mediação se transmuta em elo comunicativo, através do acesso ao sistema de saúde. O AIS era o primeiro membro da equipe de saúde a quem os Munduruku se dirigiam cotidianamente, através das visitas e mesmo no Posto de Saúde.

Além disso, é preciso atentar para o uso do termo “interlocução” nos textos oficiais dos módulos de educação profissional para Agentes Indígenas de Saúde. Condicionado a um papel de busca ativa das doenças, ao AIS era ensinado noções básicas de como identificar parasitoses, diarreias e outras ocorrências com taxas de mortalidade elevadas. A interlocução imaginada, portanto, era construída em torno da percepção de risco de enfermeiros e médicos. O pressuposto da troca nessa relação também está explicitado nos manuais: o AIS deveria utilizar seu acesso diferenciado em relação à equipe de saúde, por ser membro da comunidade, e em troca aprender a identificar doenças e a colaborar com a busca ativa das principais doenças que atingem seus parentes. Desse ponto de vista, não há qualquer ambiguidade, uma vez que cabe ao

AIS se incorporar à equipe de saúde. Entre os Munduruku, o AIS era solicitado a exercer o papel de fazer as informações aprendidas circularem, tornando o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os medicamentos alopáticos mais acessíveis. Se é possível dizer que o papel do AIS é conformato por uma ambiguidade, sua prática era, sobretudo, multiplicadora, efetuando desdobramentos sobre as relações com os profissionais de saúde e os Munduruku através de uma rede de informações, medicamentos, técnicas de aplicar medicamentos, orientações de conduta.

Não há nos textos oficiais qualquer menção à organização da articulação entre os saberes biomédicos e indígenas, mantendo-se, assim, o atendimento diferenciado como proposta genérica, firmada num compromisso abstrato, embora louvável, de respeito às tradições indígenas. Os índices de diminuição da mortalidade infantil, da diarreia, das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) são as metas a serem alcançadas e pelas quais os supervisores das EMSIs eram responsabilizados e também eram os motivos pelos quais se mobilizavam. Nessas metas, os critérios epidemiológicos eram os únicos a serem considerados e isso está presente nos cursos de formação dos AISs.

Em outro sentido, podemos afirmar que se o papel do AIS (e não sua prática) tende a ser visto como ambíguo é porque, a meu ver, ele confere extraordinária visibilidade à ambivalência do modelo de assistência proposto que, por sua vez, se debruça em dicotomias internas à constituição dos cuidados de enfermagem que se encontram plenamente inseridos num debate antropológico sobre a administração pública. Na medida em que os AISs vão se tornando familiarizados com esse universo profissional, vão manifestando o desejo de se distanciar de atividades assistenciais, como as visitas nas casas, e valorizando a utilização de instrumentos médicos, a produção de diagnósticos de doenças (algo explicitamente estimulado e parte do currículo de formação) buscando outros trabalhos como os de técnico de enfermagem e, eventualmente, enfermeiros. Esse é o cenário em que se constituiu propriamente a ambiguidade em face das relações de poder analisadas.

Capítulo 5

Considerações Finais

Anna Nery – “mãe dos brasileiros” e pioneira da enfermagem: uma breve história da relação entre cuidar e administrar

E renovando confortos nos leitos que visitava,
essa heroína avivava os prostrados semimortos.
E ao vel-a em torno dos doentes, alegrando os descontentes
como as aves a manhan, diziam da glória obreiros
– “Ella é mãe dos brasileiros, da caridade é a irman”
(Trecho do poema “mãe dos Brasileiros”, Rozendo Muniz Barreto, s/d)²⁰²

Ana Justina Ferreira Néri nasceu em 1814 no município de Cachoeira, interior da Bahia, oriunda de uma família que, a partir de sua geração, se engajou nas carreiras militar e médica através, inicialmente, de seus irmãos²⁰³. Em 1838, Ana Néri casou-se com um Capitão-Tenente da Marinha brasileira, Isidoro Néri, natural de Lisboa, com quem teve três filhos. Seis anos depois, seu marido faleceu de uma enfermidade súbita. Viúva, Ana Néri mudou-se para Salvador onde seus filhos seguiram carreira militar, sendo dois deles na condição de médicos. Em 1865, seus três filhos, um irmão e um sobrinho foram convocados para a Guerra do Paraguai (1865-1870). Ana Néri escreve uma carta ao então Presidente da Província da Bahia, onde se oferece como *voluntária* a prestar serviços na guerra que fossem condizentes com sua “posição e sexo” e destacando sua motivação como brasileira e mãe. Tanto sua carta como a resposta do Presidente da Província, Dr. Manuel Pinto de Souza Dantas, são publicadas nas edições de 11 e 13 de Agosto de 1865, respectivamente, do Diário da Bahia²⁰⁴. Na resposta à solicitação de Ana Néri, o Presidente da Província destaca que tal “rasgo de patriotismo e abnegação”, “digno de inveja” não poderia deixar de ser acolhido e que, para tanto,

²⁰² Estudante de medicina, conterrâneo de Ana Néri e voluntário nos hospitais de sangue, durante a guerra do Paraguai. O poema é escrito nesse período. As informações são de Cardoso & Miranda (1999).

²⁰³ Os Tenentes-Coronel Manoel Jeronymo Ferreira e Joaquim Maurício Ferreira comandaram o 10º e o 41º Batalhões de Voluntários da Pátria, respectivamente. Seu outro irmão, Ludgerio Rodrigues Ferreira, formou-se médico.

²⁰⁴ O Diário da Bahia foi um importante jornal local que circulou entre 1856 e os primeiros anos do século XX, comprometido com a causa abolicionista. Políticos ligados ao Partido Republicano Federalista, além de liberais como Rui Barbosa e Manuel Vitorino publicavam no Diário. Ver Silva (1979).

seriam expedidas ordens do Conselheiro Comandante das Armas que a designaria enfermeira (Cardoso & Miranda, 1999).

Já nos limites da fronteira entre Brasil e Argentina, Ana Néri recebeu treinamento em instituições de “irmãs de caridade” preparando-se para socorrer os feridos. O título “mãe dos brasileiros” lhe é dado, inicialmente, através de um poema, uma obra de vinte e duas páginas, escrito por um voluntário e estudante de medicina, Rozendo Muniz Barreto, que servia nos hospitais de sangue. A menção que o estudante usara para descrever a solicitude e a competência de Ana Néri como enfermeira durante a guerra, viria a ser posteriormente utilizada como título da homenagem que recebe do Exército brasileiro. Ana Néri prestou serviços de enfermagem durante toda a guerra, até 1870, data de seu retorno para Salvador, na Bahia. Seu retorno foi marcado por um circuito de homenagens na Bahia e no Rio de Janeiro, na qual sua imagem de mulher abnegada e patriota é exaltada. As homenagens em vida incluem o recebimento de duas coroas de louros, uma medalha de 2ª classe por serviços humanitários prestados e um medalha de Campanha do Exército, além de uma tela à óleo feita por um dos pintores mais famosos do Império, Victor Meirelles²⁰⁵, que representa Ana Néri com uma coroa de louros na cabeça, uma de suas medalhas no peito, tendo o campo de batalha ao fundo, de 1873. Alguns anos depois de seu retorno da guerra do Paraguai, Ana Néri se muda para o Rio de Janeiro, acompanhando o filho mais novo que continuava a prestar serviços militares, agora como Capitão do Exército. Após sua morte, em 20 de maio de 1880, Ana Néri é sepultada no Rio de Janeiro com a seguinte inscrição em sua lápide: “Aqui descansam os restos mortais de Ana Néri, denominada Mãe dos Brasileiros, pelo Exército, na campanha do Paraguai.” Em 1979, seu corpo é exumado e os despojos enviados a sua cidade natal, Cachoeira, ocupando a nave central da Igreja da Matriz (Cardoso & Miranda, 1999).

*

É muito interessante destacar a forma como Ana Néri é descrita nesse processo de recuperação da sua trajetória pelos historiadores da enfermagem no Brasil, isto é, uma trajetória que inicia, que instaura, numa temporalidade mítica, a relação entre ser mãe, patriota e enfermeira. Apesar de muitas outras mulheres terem servido na guerra

²⁰⁵ Victor Meirelles é também autor das famosas obras “A primeira missa no Brasil”, “Combate Naval de Riachuelo”, “Passagem de Humaitá”, “Batalha dos Guararapes” e “Juramento da Princesa Isabel”.

da mesma forma, Ana Néri teria ganhado notoriedade por causa de seu pronunciado *voluntarismo*, tomado como um valor moral que qualificava sua “habilidade natural de cuidar” (como mãe) a serviço da nação (Batista 2005). A participação na guerra se tornou, nesse sentido, o marco fundador a partir do qual Néri “inaugura a profissão” e se torna símbolo da enfermagem brasileira. Essa é uma informação que parece não encontrar exceções entre os estudiosos da história da enfermagem²⁰⁶.

Por ter sido nomeada e reconhecida como enfermeira através da participação numa guerra, a trajetória de Néri logo foi identificada a de Florence Nightingale. Esta enfermeira inglesa da era vitoriana e de família aristocrática, contemporânea de Ana Néri, é reconhecida atualmente como precursora das teorias de enfermagem. Sua legitimidade científica – em contraste aos “práticos de enfermagem” e às religiosas que se dedicavam aos cuidados dos doentes antes do surgimento da enfermagem como carreira profissional – foi construída a partir de seus esforços no atendimento aos feridos de guerra (Guerra da Criméia, 1854-1856). Especificamente, podemos dizer que seu legado, isto é, a prática que ficou associada ao seu nome e a tornou a “pioneira da enfermagem no mundo” ocorreu pelo desenvolvimento de um *trabalho gerencial* na assistência aos enfermos – que buscava diminuir os índices de mortalidade do hospital de campanha através do estudo e uso de gráficos estatísticos, demonstrando aos oficiais de exército a relação de causalidade entre mortalidade e insalubridade (Kruse, 2006).

Após a guerra, Nightingale dedicou-se ao ensino de enfermagem, fundando a primeira Escola de Enfermagem, em 1859, anexa ao hospital St. Thomas em Londres. Nightingale implantou o ensino de estatística no currículo das enfermeiras, matéria que tomava como fundamental para gerir os problemas de cunho ambiental que se vinculavam aos problemas de saúde (Costa et al, 2009). Em suma, o método Nightingale se fundamentava através de preocupações com “a alimentação adequada dos doentes, a limpeza e ventilação do ambiente, a troca de roupas de cama, a separação entre feridos e doentes, a higiene dos pacientes, sua privacidade e lazer.” (Kruse, 2006:405-6). Aspectos que, até então, não eram relacionados a uma *eficácia dos cuidados de enfermagem* aos pacientes. Mas, a partir dos esforços de Nightingale em redefinir os cuidados de enfermagem como uma teoria na qual o domínio sobre os conceitos estatísticos eram imprescindíveis às enfermeiras, a enfermagem se transforma numa carreira profissional. Nesse sentido, postula-se uma separação radical entre teoria

²⁰⁶ Ver, além de Cardoso & Miranda (1999), Batista (2005), Baptista & Barreira (2009) e Almeida Filho (2004).

e prática, isto é, entre um momento histórico no qual a enfermagem era dominada por “práticos” – pessoas que dominavam a chamada “arte de cuidar”, mas não podiam prever os resultados de suas práticas – e um momento histórico no qual *nascem* as teorias da enfermagem, como se a prática executada até então não fosse ela própria uma teoria (Corbellini, 2007). Entretanto, é esse aspecto gerencial e administrativo o componente novo a partir do qual Nightingale se tornou referência primeira e única no campo da enfermagem.

O caráter mítico desses eventos nos permite sugerir o sentido no qual a dicotomia entre cuidar e administrar deve ser pensada, isto é, tratar-se-ia de uma dicotomia que se estende ao contexto sócio-político de surgimento da profissão de enfermagem e que desvela valores morais constitutivos da carreira de enfermagem. É a partir desses valores fundadores que pretendemos traçar alguns pontos de interlocução com a etnografia ora apresentada.

Desde seu início a relação entre cuidar diretamente das pessoas, dando-lhes banho, fazendo curativos e, por outro lado, administrar os outros que perfazem esses cuidados demonstrou-se incidir numa tensão constitutiva à enfermagem. Em meados do século XIX, essa tensão fora, entretanto, plenamente absorvida pela figura única e intransferível da enfermeira ao estilo Nightingale: ao mesmo tempo em que a abnegação e a caridade eram valores fundamentais, a construção de métodos estatísticos possibilitou a conversão da enfermagem em teoria científica. Contudo, a relação entre administrar e cuidar seria fundadora não apenas de um debate de cunho epistemológico e interno à constituição do campo profissional da enfermagem, mas tal relação pode ser aprofundada a partir da construção da autoridade no campo da saúde. Afinal, a legitimidade científica parecia se opor à qualquer prática de cuidado de enfermagem até o momento em que esta enfermeira inglesa começa a produzir gráficos, publicar trabalhos comparativos entre rotinas de hospitais ingleses, franceses, italianos, austríacos e alemães (Kruse, 2006:405).

A influência do trabalho de Nightingale no Brasil se deve tanto ao fato de seu modelo teórico ter sido apropriado no interior das escolas de enfermagem inglesas e norte-americanas (considerando que este é o modelo que será trazido ao Brasil pelas norte-americanas décadas mais tarde) ao mesmo tempo em que se cultuava uma imagem específica de Nightingale, uma mulher de conduta exemplar, que lutou pela emancipação feminina através do ensino de enfermagem e da participação na guerra. Néri, nas comparações que lhes foram traçadas com Nightingale, surgiu como a figura

feminina nacional que mais se aproximava desse ideal que associava abnegação, patriotismo e emancipação feminina. A profissionalização da enfermagem através desse grupo de mulheres – provenientes de camadas sociais privilegiadas, com acesso à educação e boas condições socioeconômicas – foi acompanhada da composição de uma conduta pessoal considerada inerente ao exercício da enfermagem, que associava a eficácia de sua atuação como enfermeira ao cultivo de qualidade morais²⁰⁷. A celebração dessas *personalidades* na história da enfermagem não diz respeito apenas a seus feitos, mas à disputa entre as “habilidades naturais de cuidar” atribuídas às mulheres, o cultivo de valores morais como abnegação, caridade e disciplina e a busca pela afirmação da enfermagem enquanto uma profissão autônoma, com teorias próprias.

Sendo prestigiada como heroína de guerra entre as diretoras da Escola de Enfermagem Anna Nery ao longo dos anos 20, 30, 40 e 50, Ana Néri se firma como enfermeira exemplar, cuja abnegação, caridade e disciplina deveriam ser cultivadas como valores da profissão (Baptista & Barreira, 2009; Kruse, 2006)²⁰⁸. Assim, a influência da missão de enfermeiras norte-americanas nas décadas de 20 e 30, quando se implantou o ensino de enfermagem no país – através do financiamento da Fundação Rockefeller – foi a de consolidar o modelo gerencial de Nightingale²⁰⁹. O exemplo de Ana Néri era, nesse caso, oportunamente associado aos valores morais que cultuavam na formação de suas alunas. Nesse sentido, a eficácia dos cuidados de enfermagem se relacionava, através de *Anna Nery*, a uma conduta exemplar de enfermeira, que delineava uma relação de causalidade entre a destreza na execução das técnicas e o manejo de uma imagem pessoal ilibada.

Esse foi o legado da missão norte-americana e seu modelo anglo-saxão no Brasil, através da instituição da Escola de Enfermagem Anna Nery em 1923, e que seria considerada padrão oficial por decreto entre 1931 até 1949, quando a lei 775/49 derruba a prerrogativa da Escola. Isso não significou, no entanto, nenhuma interrupção nas

²⁰⁷ Num texto de Nightingale intitulado “a arte da enfermagem”, publicado em 1946 no Brasil, ela define as principais qualidades para o exercício da enfermagem: “A enfermagem é uma arte e, para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus. É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas Artes”. (Nightingale *apud* Kruse, 2006:406).

²⁰⁸ O rígido regime disciplinar do internato da Escola Anna Nery pode ser visto em Baptista & Barreira (2009) através do relato de uma professora que atuou entre 1940 a 1977 na instituição e relembra que o valor central na formação das enfermeiras era abnegação e disciplina.

²⁰⁹ Carvalho (2007) destaca que o modelo implantado por Nightingale representaria uma “ruptura epistemológica” na história da enfermagem, através da qual o ato de cuidar se tornaria uma atividade cientificamente legitimada.

proficuas relações entre os campos da enfermagem no Brasil e nos Estados Unidos, país que continuou acolhendo as enfermeiras brasileiras para realizar pós-graduações e especializações em outras áreas da saúde, como a psiquiatria (Kruse, 2006).

No Brasil, o patriotismo de Ana Néri não foi celebrado apenas no contexto do Império, como já pudemos notar pela própria criação de uma escola com seu nome em 1923. As homenagens que começaram a ocorrer após mais de trinta anos de “esquecimento” – entre 1887 e 1919 não há menções públicas a seu nome, (Batista, 2005) – foram alavancadas por eventos que recuperariam sua memória no contexto republicano. Nesse sentido, destacam-se: 1) A denominação recebida pela Liga das Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha como pioneira da enfermagem no Brasil, numa conferência em 1919, em Paris; 2) A reforma sanitária da Primeira República, na qual Ana Néri é resgatada como símbolo da enfermagem e, ao mesmo tempo, da inserção das mulheres na saúde pública, através da criação da “Escola de Enfermagem Anna Nery”, nascida no seio do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1923²¹⁰; 3) As numerosas homenagens realizadas, durante as décadas de 30 e 40, pelas alunas da Escola Anna Nery e pelo corpo de enfermeiras da Cruz Vermelha. Em 1936, por exemplo, é inaugurada a pedra fundamental onde se ergue atualmente a estátua de Ana Néri, localizada na Praça da Cruz Vermelha, no centro do Rio de Janeiro. Dois anos depois, o presidente Getúlio Vargas institui no Brasil o dia 12 de maio como dia do enfermeiro, seguindo a referência internacional na qual tal dia representa a data de nascimento de Nightingale. A instauração da “Semana da Enfermagem” a partir de 1940, pela então diretora da Escola Anna Nery, Laís Neto dos Reis²¹¹, passa a ocorrer

²¹⁰ É muito comum encontrar na literatura histórica da enfermagem a informação de que a Escola de Enfermagem Anna Nery foi a primeira do Brasil. Porém, a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros fundada em 1890 e dirigida por médicos, atuava na formação de profissionais para atender ao Hospital Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro. Em 1942, ela é renomeada como Escola Alfredo Pinto, atualmente instituição do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). A informação desconhecida, no entanto, é um importante índice do processo de incorporação do nascimento da enfermagem como ciência, a partir da apropriação que as figuras de Nightingale e Néri tiveram durante a reforma sanitária dos primeiros anos do século XX no Brasil. A diferença fundamental da Escola Anna Nery é que seguia o modelo de Nightingale, isto é, havia uma referência teórica criada por uma enfermeira. Além disso, a Escola Anna Nery era dirigida e administrada exclusivamente por enfermeiras, além do que se exigia escolaridade mínima para ingresso na instituição, como bem lembram Nauderer & Lima (2005). Essas duas características diferenciavam a Escola de Enfermagem Anna Nery de quaisquer outras instituições que habilitassem pessoas para os serviços de enfermagem.

²¹¹ No discurso oficial durante a realização da primeira semana da enfermagem, Laís Neto dos Reis declara a importância de Ana Néri para a enfermagem: “De família de servidores da Pátria e de servidores da humanidade, no campo das armas e no campo da medicina, não podia sua grande alma de mulher permanecer indiferente e inativa quando via o seu país se exaurir numa guerra pertinaz e os seus semelhantes que, no cumprimento do sagrado dever pátrio, se viam arrasados a toda sorte de sofrimentos e privações.(...) Sua abnegação pelo sofrimento alheio fazia par com o seu alto sentimento patriótico, por

todos os anos entre os simbólicos dias 12 de maio – nascimento de Nightingale – e 20 de maio – falecimento de Ana Néri. Ainda, entre as décadas de 40 e 50, romarias ao túmulo de Ana Néri foram organizadas tanto pelas professoras da Escola de Enfermagem Anna Nery como pelo corpo de enfermeiras voluntárias da Cruz Vermelha (Batista, 2005).

Podemos dizer, assim, que o voluntarismo patriótico é o legado através do qual Ana Néri se transforma na personalidade Anna Nery, símbolo da enfermagem brasileira. Ao menos, esse parece ter sido o valor central a partir do qual se deu a passagem entre sua participação na guerra da qual ressurge como “mãe dos brasileiros” em meados do século XIX e a sua ascensão como “pioneira da enfermagem brasileira” nas primeiras décadas do século XX. O modelo instaurado por Nightingale se insere nesse processo de reconstituição da figura de Anna Nery conferindo legitimidade a esta que foi considerada a primeira Escola de Enfermagem brasileira.

A relação simbólica entre Anna Nery e o Movimento Sanitarista Brasileiro

Anna Nery, como símbolo de patriotismo entre as mulheres, foi resgatada pelo Movimento Sanitarista do início do século XX como parte do processo de desenvolvimento de novas categorias profissionais, que pudessem expandir o projeto sanitário. A enfermagem enquanto carreira profissional surgiu, nesse contexto, marcado por uma disputa significativa sobre seu papel. Essa disputa postulava, pelo lado dos sanitaristas, as visitas aos domicílios e a educação sanitária e por parte das enfermeiras diplomadas e reconhecidas como de “alto padrão”, a administração do ambiente hospitalar e os cuidados a pacientes internados. Aqui, a dicotomia entre cuidar e administrar assume uma nova face: ela é recuperada como uma dicotomia entre atividade clínica e de saúde pública, também formulada nos termos de uma oposição entre um trabalho gerencial e um trabalho assistencial. A enfermagem é amplamente requisitada pelo Movimento Sanitarista no sentido de realizar as ações educativas que se mostravam imprescindíveis para o desenvolvimento de uma consciência nacional sobre as condições sanitárias. As revoltas populares em torno das campanhas obrigatórias de vacinação no período em que Oswaldo Cruz esteve à frente desse processo (1903-1909), entre elas a famosa Revolta da Vacina, pareciam apontar que não bastava aos médicos

isso não se limitou a dar seu amparo àqueles que caíam sob o pavilhão brasileiro e que nela tinham o carinho de mãe e a solicitude de enfermeira” (apud Batista, 2005:94).

sanitaristas convencer as elites políticas de seu projeto sanitário. A população pobre surgia como uma questão crucial para o desenvolvimento da perspectiva sanitária em longo prazo.

Entretanto, as orientações propaladas pela Escola de Enfermagem Anna Nery estimulavam e direcionavam suas alunas para os serviços ambulatoriais. O modelo campanhista, incorporado às práticas e discursos médicos-sanitários em voga no Brasil, não fazia parte da forma como as enfermeiras diplomadas da época da reforma sanitária concebiam o serviço de enfermagem (Rizzotto, 2008:18). A própria concepção de serviço de saúde pública era objeto de disputa entre as enfermeiras de “alto padrão” da Escola Anna Nery e os médicos sanitários brasileiros²¹².

Tal disputa, a meu ver, nos alerta sobre uma *ambiguidade constitutiva do papel da enfermagem* que, naquele momento, se expressou através da luta das enfermeiras para se distanciarem da “arte de cuidar” – como o discurso de Carlos Chagas parece exaltar – e se engajarem na elaboração de suas próprias teorias. Essa ambiguidade parece ter resistido a outros arranjos sócio-políticos e continua a se atualizar nos contextos de expansão da enfermagem e da saúde pública.

O mito Anna Nery, forma como é tratada habitualmente na literatura sobre a história da enfermagem²¹³, nos ajuda a entender, ainda, o aparente paradoxo entre o tipo de formação que era dada na Escola de Enfermagem Anna Nery, baseada nos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar, e a vinculação institucional dessa Escola com o Departamento Nacional de Saúde Pública (Rizzotto, 2008). Ao que parece, a trajetória de Ana Néri na guerra foi metaforicamente associada a outra guerra (combate às epidemias e doenças endêmicas como a febre amarela, ancilostomíase, cólera, entre outras²¹⁴) na qual o voluntarismo e o patriotismo se demonstrariam ser também valores

²¹² Rizzotto destaca que no prefácio do livreto de divulgação “A enfermeira moderna: apelo às moças brasileiras”, publicado pelo setor de Educação e Propaganda do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1921, Carlos Chagas define o ponto de vista dos sanitários sobre a carreira da enfermagem: “As organizações sanitárias modernas não podem mais dispensar o serviço de enfermeiras visitadoras, que constituem um dos factores de maior valia na prática dos methodos prophylacticos.(...) Encarada em seu aspecto social, e interpretada na grandeza moral de seus objectivos, a função da enfermeira virá constituir para a mulher brasileira um vasto campo de actividade produtiva, na qual se exercitam todas as excellencias de su’alma piedosa e altruística, na qual se effectivam seus altos ideaes de emancipação pelo trabalho nobilitante.” (Chagas *apud* Rizzotto, 2008:51-2).

²¹³ As exceções analíticas a essa naturalização da Ana Néri como mito fundador da enfermagem podem ser encontradas em Corbellini (2007) e Kruse (2006), que buscam descrever as especificidades das práticas de cuidados desenvolvidas por Nightingale em comparação a uma época imediatamente anterior, marcando as diferenças que pontuaram um discurso oficial de eficácia científica e patriotismo que legitimou o surgimento de uma carreira profissional de enfermagem a partir de Ana Néri.

²¹⁴ Em sua tese de doutoramento, Hochman (2006) afirma que a febre amarela teria sido o paradigma do discurso médico-sanitário, através do qual o movimento sanitário conseguiu articular a interdependência

morais caros, isto é, no interior do processo de formação das políticas de saúde pública e consolidação da carreira de enfermagem, ocorridos simultaneamente durante a reforma sanitária. Desse modo, ainda que o processo de implantação do ensino da enfermagem no Brasil tenha se dado pelas mãos de enfermeiras norte-americanas, claramente especializadas na administração de cuidados em ambientes hospitalares, a figura mítica de Anna Nery articulava esse paradoxo na medida em que era um modelo de enfermeira para as professoras da Escola Anna Nery e um modelo de patriotismo para os sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde Pública, que buscavam através de uma intensa articulação política nas esferas do legislativo e executivo (Hochman, 2006) fomentar uma política nacional de saúde pública. Isso não eliminou, entretanto, as desavenças que marcaram as relações entre enfermeiras diplomadas e sanitaristas nesse período. Enquanto para os sanitaristas, a Escola de Enfermagem Anna Nery deveria ser norteadada pela formação de “enfermeiras-visitadoras”, esse tipo de atividade não era priorizada na linha de ensino adotada pelas enfermeiras norte-americanas, e depois brasileiras, que dirigiram a Escola entre as décadas de 20, 30, 40 e 50, que compreendiam a saúde pública a partir da construção de serviços de saúde em “redes locais permanentes”, em vez do modelo “vertical permanente especializado” priorizado nas ações governamentais (Rizzotto, 2008:26).

A disputa sobre o papel da enfermagem e de seus profissionais: novas tendências

A partir de 1937, quando no governo de Vargas foi criado o Ministério da Educação e da Saúde sob comando de Gustavo Capanema, o Departamento Nacional de Saúde Pública ficou incumbido não apenas da administração das atividades de saúde pública como também da assistência médico-hospitalar. O sanitarista Barros Barreto tornou-se o administrador que respondia pelas ações da área da saúde como um todo, enquanto a Escola de Enfermagem Anna Nery e sua diretoria se inseriram na estrutura do Ministério a partir da área de ensino (Amorim & Barreira, 2007). Outro dado relevante, já apresentado no capítulo 3 e que devemos retomar aqui, é o fato de que ainda na década de 20, a direção da Escola, na figura de Ethel Parsons²¹⁵, era contrária a que o ensino da enfermagem fosse direcionada a formação de enfermeiras-visitadoras.

sanitária criada pela transmissibilidade dessas doenças à criação e consolidação de políticas de saúde pública no país.

²¹⁵ Ethel Parsons era chefe da missão norte-americana que implantou o Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Os sanitaristas, entretanto, enxergavam nas enfermeiras a profissional que, por excelência, atuaria no “controle das famílias em seus domicílios, para a extensão das ações nos centros de saúde, para o processo de descentralização distrital (...). Por isso, no projeto sanitário, constava a ampliação do serviço de visitadoras, sob o comando do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública” (idem, 2007:57).

Se houve, portanto, a celebração de uma profissão destinada às mulheres, a consequência mais evidente do legado de Nightingale – atualmente reconhecido como a *primeira teoria* de enfermagem – se fez sentir pelas enfermeiras através de sua progressiva aproximação a uma assistência especializada e clínica, delineada preferencialmente para os hospitais e serviços ambulatoriais. A visitação aos doentes em casa se tornou menos valorizada em relação a administração direta das condições sanitárias dos ambientes hospitalares, onde era possível não somente elaborar métodos de registro e comparação estatística de índices de salubridade e morbidade, como controlar o ambiente como um todo, determinando horários de visitação, restringindo a circulação das pessoas, uma série de fatores que passavam a ser rigidamente observados nesse modelo de enfermagem. Nesse processo, o hospital se colocava como o lugar legítimo para o desenvolvimento das teorias de enfermagem.

Ao indagar-se como e por que a saúde se torna pública, Hochman (2006) contribui para a compreensão do surgimento de novas identidades profissionais no Brasil em fins da década de 20, coroando um período que se iniciara na reforma sanitária de Oswaldo Cruz (1903-1909) e continuaria através da expansão do Poder Público que resultou no sucesso da construção da noção de Autoridade Pública através das ações de saneamento no Brasil. Médicos clínicos e médicos sanitaristas começaram, nesse momento, a se diferenciar em termos de suas ocupações e objetivos. A formação em saúde pública foi não apenas legitimada nesse processo histórico, mas definiu um campo profissional. Esse dado, entretanto, nos alerta que se no âmbito da carreira médica a distinção entre higienistas/sanitaristas e clínicos ocorreu de maneira concomitante ao processo de construção desse Poder Público, na carreira de enfermagem essas distinções eram consideradas muito importantes pelas enfermeiras, mas não tiveram a mesma visibilidade. O desenvolvimento da enfermagem como profissão ocorre exatamente nesse período do sanitarismo, apesar das formações acadêmicas estarem plenamente engajadas no desenvolvimento de uma enfermagem clínica. Esse contraste, entretanto, parece ter sido invisibilizado nesse processo. Um dos

argumentos de Rizzotto (2008) é justamente desafiar a ideia, ainda recorrente, de que a enfermagem tem sua vocação originária e histórica na saúde pública.

Gostaria de sugerir que pela extensão, importância e amplitude da reforma sanitária na constituição de uma noção de Autoridade Pública pelas elites políticas do país (Hochman, 2006), o Movimento Sanitarista teve um forte impacto na incipiente carreira de enfermagem, cujas escolas de formação surgiram e se espalharam com incentivo dos médicos sanitaristas mais prestigiados e apoio da Fundação Rockefeller, que teve também participação fundamental na expansão do projeto sanitarista.

Mas, é preciso fazer aqui uma reflexão adicional. Se as enfermeiras valorizavam explicitamente sua atuação clínica pela formação que recebiam na Escola Anna Nery, de onde emergiam como “enfermeiras de Alto Padrão”, na saúde pública o papel que lhes cabia era declaradamente o da educação em saúde. As estatísticas e a demografia eram matérias da competência dos sanitaristas. Essa forte divisão ia de encontro justamente com a proposição fundamental de Nightingale, que a tornou símbolo internacional da enfermagem, isto é, o uso de tabelas estatísticas e dados demográficos pelas enfermeiras, conferindo-lhes autonomia para decidir e intervir. E aqui, vale um importante argumento de Foucault, para quem o desenvolvimento da Medicina Social passou necessariamente pelo controle da população pobre (Foucault, 2004b). Apesar de Foucault não mencionar o desenvolvimento da primeira teoria da enfermagem ocorrida exatamente nesse período de surgimento da Medicina Social, nem a figura de Nightingale, o impacto dessa medida de controlar a população pobre – que no Brasil estava em todo lugar, desde o fim da avenida central no Rio de Janeiro, até o mais longínquo sertão, como bem destaca Hochman (2006) – resultou na apropriação da enfermeira como figura-chave na mudança comportamental da população. Por isso, chama atenção o dado de que quando se criou o Ministério da Saúde e Educação em 1937, as enfermeiras da Escola Anna Nery tenham sido designadas para a área de ensino, enquanto os médicos sanitaristas eram associados aos projetos de intervenção em saúde pública do ponto de vista administrativo e gerencial.

As tensões entre as enfermeiras diplomadas e os sanitaristas tiveram repercussões importantes. Uma delas foi, de fato, o afastamento das enfermeiras diplomadas desses serviços. Em lugar das enfermeiras, *novas categorias de profissionais da enfermagem* surgiram especialmente atreladas à saúde pública. As

próprias carreiras de Serviço Social e Nutrição surgem na década de 30 como cursos da Escola de Enfermagem Anna Nery²¹⁶ e depois adquirem autonomia.

Na década de 40, a atuação do SESP, Serviço Especial de Saúde Pública, nas formações de nível técnico e auxiliar em enfermagem nos trazem dados significativos. Segundo Renovato & Bagnato (2008:910), entre 1942 a 1959 são formadas pela fundação “495 visitadoras sanitárias, 376 auxiliares hospitalares, 286 laboratoristas e 594 auxiliares de saneamento”. Isto parece sugerir que as enfermeiras lograram se desvincular das atividades de visitação. No entanto permaneceram no campo da educação, mas agora dando continuidade aos trabalhos de formação iniciados pelo SESP. As enfermeiras são, até hoje, as responsáveis pela formação técnica dos técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes Indígenas de Saúde. Assim, num primeiro momento, aquilo que os sanitaristas acreditavam ser a função das enfermeiras, tornar-se-ia novas categorias profissionais no interior da enfermagem, categorias de profissionais de saúde presentes no cotidiano de qualquer instituição ou política de saúde. Esse movimento contínuo de expansão da enfermagem em níveis de formação diversos pode nos indicar que as ambiguidades são constitutivas da própria história da enfermagem e atravessam relações de gênero e hierarquias sociais. Como destaca Teixeira (2008), no processo de implantação do Serviço Especial de Saúde Pública, as mulheres estavam especialmente designadas à tarefa de realizar visitas, entre outras atividades da chamada educação sanitária. A atuação do SESP contribuiu, sobremaneira, para a capilarização das ações sanitaristas, seja na forma de obras de infraestrutura – atribuição dos guardas sanitários – seja por meio da atividade das visitadoras. Na análise do manual das visitadoras sanitárias especialmente, Teixeira alerta para a “envergadura da noção de higiene, abrangendo corpo e mente, função e estrutura do organismo, espaço e tempo dos indivíduos, bem como o deslocamento da ênfase da materialidade das coisas para a materialidade das pessoas” (idem, 2008:972-3).

Podemos inferir que os cuidados diretos com as pessoas, doentes ou não, foi sendo atribuído a outras categorias profissionais da enfermagem, e a enfermeira assumiu a incumbência de administrar essa vasta estrutura de pessoas, lugares e eventos que constituem os cuidados de enfermagem tanto nos hospitais quanto na saúde pública. A

²¹⁶ Ver Aperibense & Barreira (2008). As autoras definem a enfermagem, a Nutrição e o Serviço Social como as “profissões femininas pioneiras na área da saúde”. Barreira (2005) enfatiza, particularmente em relação ao Serviço Social, que dava-se “grande valor às suas funções realizadas junto à assistência médica nas visitas domiciliares”.

enfermagem de saúde pública, entretanto, parece ocupar um lugar marginal na formação dos atuais enfermeiros, pois continua sendo vinculada simbolicamente ao pólo dos cuidados diretos – aquele tipo de cuidar associado a uma arte no século XIX e início do XX e depois reatualizado por meio das noções de assistência e assistencial – enfatizada pelos sanitaristas da Primeira República, e que as enfermeiras diplomadas lutariam para se desvencilhar. Entretanto, a saúde pública é atualmente um campo de atuação vasto e complexo o suficiente para que estas subdivisões da enfermagem se reproduzam em outras situações sociais nas quais a polarização de atividade entre médicos e enfermeiras não é a predominante. E isso deve ser levado seriamente em consideração se quisermos pensar na dicotomia cuidar e administrar a partir das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Pois, dentro da saúde pública, as distinções entre quem cuida e quem administra os cuidados se replicaram como no modelo hospitalar, ou seja, as hierarquias através da qual a prática de enfermagem se realiza seguem vigorando de maneira similar, independente do campo institucional na qual esteja inserida.

Esse capítulo não pretende fazer uma análise da história da atuação da enfermagem no Brasil, pois este seria um empreendimento similar ao desta tese. Meu intuito, no entanto, é mostrar que nas bases históricas do processo de formação da carreira de enfermagem no Brasil existem dados significativos, através dos quais já podíamos encontrar ambiguidades de diversos tipos sobre a formulação, execução e distribuição das atividades de cuidar e administrar que continuam a exercer influência no cotidiano atual da assistência básica em saúde. Porém, nos interessaram aqui as condições de produção dessa ambiguidade, cujo caráter tanto funcional quanto moral se complementava na medida em que a prevalência dessa multiplicidade de arranjos possui um significado que incide sobre o estatuto social das enfermeiras, compondo o que poderíamos chamar de estilos de enfermagem. Coube-nos, portanto, indagar sobre as bases morais de valores nas quais essa ambiguidade pôde se reproduzir através da criação de novas categorias profissionais na enfermagem para suprir todas as áreas de atuação na qual os cuidados de enfermagem estão implicados.

A dimensão moral da higiene: quando política e saúde se entrelaçam

A política pública de saúde é algo com a qual a enfermagem é chamada a se identificar desde o movimento sanitarista da Primeira República, período em que a própria enfermagem se institucionalizou no Brasil. Desde então, intensas disputas

ocorreram em torno da elaboração de uma agenda pública para as questões de saúde e das categorias profissionais que deveriam se inserir nesse processo e como deveriam se inserir. Se a posição dos médicos sanitaristas estava ancorada num modelo gerencial bastante bem consolidado na carreira médica, as enfermeiras não gozaram da mesma prerrogativa. Uma série de ambiguidades se constituiu em torno delas no tocante ao cotidiano da saúde pública. Quem deveria fazer as visitas domiciliares da reforma sanitária foi o primeiro embate desse processo histórico.

Foi com o intuito de problematizar a própria figura de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena que pretendi elaborar uma etnografia dos profissionais da saúde indígena. Busquei compreender através de suas práticas cotidianas o lugar da “atenção diferenciada” proposta pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Os conflitos ali presenciados nos apontaram que era imprescindível focar nas relações internas à equipe de saúde se quiséssemos abordar o problema antropológicamente, pois a relação entre esses profissionais nas aldeias e na cidade constituíam suas práticas tanto quanto suas habilidades técnicas fundadas numa formação biomédica. Por conseguinte, foi possível explicitar que o Agente Indígena de Saúde estava sendo incorporado, nesse processo, muito menos como um mediador de saberes médicos, e mais como aquele personagem fundamental que já figurava no contexto histórico da enfermagem, surgido a partir da instituição de políticas nacionais de saúde pública desde os anos 20 no Brasil. Do ponto de vista das enfermeiras, o Agente Indígena de Saúde faria parte dessa velha e conhecida expansão das categorias profissionais de enfermagem, surgida através da distinção entre quem cuida e quem administra os cuidados, dentro de uma relação hierárquica histórica e disciplinarmente construída e que impõe aos agentes comunitários/indígenas de saúde pouca mobilidade institucional e nenhuma legitimidade para administrar, isto é, para contribuir na produção de conhecimento sobre a eficácia da assistência prestada. A mediação proposta para o papel a ser desempenhado pelos Agentes Indígenas de Saúde não encontra espaço no interior das próprias teorias da enfermagem (ou teorias do cuidado, como também são conhecidas), que são, por sua vez, utilizadas pelas enfermeiras como uma prerrogativa sobre o que significa cuidar e como se organiza cotidianamente esse cuidar. Afinal, são essas as bases fundamentais da qual parte qualquer teoria da enfermagem, dando sentido aos diversos estilos de enfermagem praticados.

No cotidiano da assistência à saúde indígena, a prerrogativa de quem e como se cuida ocupa um lugar central na proposta de uma atenção diferenciada. Entretanto, a

discussão de cunho epistemológico sobre os cuidados em saúde (diversidade de concepções sobre o processo saúde/doença) não se desvinculam do plano do exercício de uma autoridade de quem cuida sobre quem é cuidado, e num segundo plano, da autoridade de quem administra aqueles que realizam os atos de cuidado direto. Enquanto não se puder escrutinar os valores morais que permeiam essa autoridade, dificilmente a discussão epistemológica poderá ser colocada apropriadamente.

Sabemos que uma das bases mais importantes de legitimidade do campo da saúde pública são os conceitos de saneamento, termo utilizado preferencialmente nas políticas públicas, e higiene, termo associado a um plano mais individual, que permite vincular a ação do sujeito ao seu ambiente através de orientações que contribuem para a manutenção ou recuperação de sua saúde e da saúde dos outros. Sanear e higienizar operam diferentes níveis de um mesmo ponto de vista, a de que a saúde não se limita a ausência de doenças (afinal, não se trata apenas de eliminar micróbios). Vimos nos capítulos 2 e 3 que os argumentos pautados em condições de higiene eram usados para salientar condutas consideradas inadequadas pelas enfermeiras e também pelas técnicas de enfermagem na convivência estabelecida com os Munduruku.

A higiene, nesse sentido, não combatia apenas os micróbios e bactérias, mas permitia que esses agentes nocivos fossem explicitamente vinculados às pessoas de maneira específica. A especificidade desse vínculo seria dado pelo contínuo estabelecimento de fronteiras entre o limpo e o sujo nas relações cotidianas e que, não necessariamente atendiam a prerrogativas epidemiológicas porque prescindiam destas. Antes, a posição estrutural assumida frente ao outro a partir dessa autoridade higienista é que parecia determinar a prática da distinção social e dar significado aos contornos e limites da relação entre profissionais de saúde e os Munduruku.

A interpretação recorrente entre as profissionais de saúde de que os Munduruku eram mais suscetíveis às doenças (isso era uma percepção generalizada), de que possuíam uma *vulnerabilidade* física peculiar era associada a todo tipo de observação sobre suas vidas cotidianas: assim, os Munduruku podiam ser vulneráveis porque se alimentavam muito mal (comiam ‘besteiras’ como refrigerantes, salgadinhos e doces na cidade), porque se embriagavam, porque faziam sexo sem preservativo. Nenhuma dessas atividades é absolutamente algo exclusivo de qualquer povo, mas no caso dos Munduruku essas atividades eram associadas a uma vulnerabilidade a-histórica, que não podia ser alterada e nem explicada.

A contribuição de Elias (1994) ao tema da higiene precisa ser resgatada rapidamente aqui. Em especial, o argumento que emana de sua análise dos manuais de boas maneiras que abrangem os séculos XVI, XVII, XVIII e XIX. O escrutínio sobre condutas corporais enquanto índices de boa educação eram, invariavelmente, pautadas pela noção do nojo do outro, da construção de limites que operam marcas e distinções sociais no e através do corpo. É a distinção social que está na origem do problema do processo civilizador, que nos desperta para a arbitrariedade da restrição a certas atitudes corporais, tornando-se evidente quando analisamos um processo de longo prazo como fez o autor. Discordando de interpretações que apontam a busca de Elias por um sentido na História, creio que sua principal contribuição, pelo menos de um ponto de vista antropológico, está na forma como o processo histórico para Elias não deve ser tomado como uma totalidade de sentidos em si mesmo coerentes, a coerência é dada nas disputas travadas em contexto e no processo de formação de instituições que devem constituir foco de investigação dos pesquisadores²¹⁷.

Através dessa construção, a mudança nas práticas corporais delinea-se diante de nós em sua arbitrariedade. As práticas corporais associadas à higiene, ou melhor, sua condição “natural” se relativiza em meio ao foco no processo do aprendizado das mesmas, do nível capilar na qual atinge o cotidiano das pessoas e de como a higiene corporal surge de problemas que só vão ser explicitamente relacionados a uma questão de saúde a partir de meados do século XIX (data em que os manuais de boas maneiras começam a se utilizar do argumento de que certos hábitos são péssimos para a saúde).

Assim, podemos sugerir que os hábitos de higiene constituem o foco de mecanismos de repressão, subjugação e distinção sociais cuja relação com o campo da saúde foi construída tardiamente em comparação ao caráter educativo ao qual sempre esteve associado. Aliás, foi por ter um apelo essencialmente educativo e moral que a higiene se transformou num conjunto de saberes sobre os quais não se discute, especialmente entre profissionais da enfermagem, cuja relação com os hábitos de higiene indexa a própria noção de competência profissional²¹⁸. É possível, nesse

²¹⁷ No seguinte trecho Elias explicita a recusa de tratar o processo histórico a partir da noção de finalidade, mas como produto de disputas que devem ser, nessa medida, foco de investigações: “É dada aqui uma resposta à questão dos processos históricos: a questão de como todos esses processos, que consistem em nada mais do que ações de pessoas isoladas, apesar disso dão origem a instituições e formações que nem foram pretendidas ou planejadas por qualquer indivíduo singular na forma que coerentemente assumem.” (1994:18).

²¹⁸ Novamente, cabe sugerir que a relação entre educação, higiene e profissões consideradas ou historicamente orientadas em torno das mulheres deve ser um tema a ser cuidadosamente considerado ao

sentido, relacionar a importância do conceito de higiene para os profissionais da saúde sem perder de vista a sua contribuição ao tema do poder nas relações sociais. Especificamente, o sentimento de nojo e repulsa parecem se referir a um “universo de natureza inquestionável” (Teixeira, no prelo) com consequências diretas sobre as concepções de um atendimento “diferenciado”²¹⁹ entre os profissionais de saúde que atuam no cotidiano da saúde indígena.

O fato de que os micróbios e bactérias deram suporte à origem de uma interdependência sanitária, a qual ajudou singularmente a fomentar a ideia de comunidade nacional durante a Primeira República no Brasil (Hochman, 2006) não explica em si mesmo a questão da higiene do ponto de vista de sua eficácia social. A mudança nos padrões de higiene para toda a população foi, talvez, a resposta encontrada pelas elites políticas como forma de garantir que as distinções sociais não sucumbiriam à amoralidade dos micróbios e bactérias que não escolhiam seu alvo, que não diferenciavam as pessoas. Assim, argumentaria em favor de uma dimensão moral da higiene e de que esta reside no fato de que os micróbios e as bactérias puderam ser domesticados pela política de saúde pública, isto é, sua penetrabilidade amoral pôde ser controlada pelas ações de saneamento e essa se constitui numa das mais importantes contribuições do movimento sanitarista, isto é, introduzir a possibilidade de manejo das distâncias sociais nos processos sociais de formação de uma consciência nacional e de uma estrutura administrativa de governo centralizada. O legado dessa experiência de início de século se transmutou em tamanho, dinâmica e arranjos governamentais, entretanto, não se esfacelou o sentido moral das ações de saneamento. É sobre esse aspecto que buscamos nos deter, relacionando os cuidados cotidianos do universo da saúde indígena ao conjunto de valores centrais do sanitarismo brasileiro, atualizados no contexto dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

pensarmos na constituição dessas autoridades não-públicas, mas cuja domesticidade destaca um poder pouco explorado na literatura de antropologia da política.

²¹⁹ Diferenciado entre aspas cumpre a função específica de produzir ambiguidade em relação ao modo como essa referência pode ser utilizada no contexto da assistência à saúde indígena, que pode ser dar tanto de maneira a positivar outras formas de concepção do processo saúde/doença ou como forma de mitigar a diversidade em favor de um “bem maior”, isto é, a saúde, ou ainda, como forma de apontar o “privilegio” que gozam os povos indígenas em torno do subsistema de saúde indígena.

Considerações finais sobre autoridade higienista, cotidiano e poder tutelar

As ações de saneamento podem ser consideradas fundamentais dentro de uma concepção de saúde que se reatualiza de forma cada vez mais genérica e ampla e que, há algum tempo, não se pauta mais pela ausência de doenças. Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, seus signatários assumiram a saúde como promoção do bem-estar físico, social e mental das populações. No Brasil, o foco das ações de saúde ganhou complexidade nos novos arranjos institucionais em torno das políticas governamentais desde o advento do Sistema Único de Saúde e da lei orgânica da saúde de 1990, já mencionada no capítulo 1.

Gostaria de destacar, especificamente, a forma como, a partir da criação do SUS, buscou-se engendrar tal conceito amplo de saúde a novos critérios de atribuição de responsabilidades das esferas do governo. Foi descentralizando a gestão da esfera federal para a estadual e municipal que se fez possível a participação da população, definida como usuários do sistema e com direito a deliberar nos conselhos de saúde.

Tal aplicação política do conceito de saúde, que subsidia toda a discussão atual sobre o Sistema Único de Saúde e que também tem expressão garantida dentro do Subsistema de Saúde Indígena através dos Conselhos Distritais, teve papel fundamental na concepção de um modelo de “Atenção Diferenciada” e que, segundo nossa Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, deveria envolver “a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.” (FUNASA, 2002:8).

No caso indígena, o distrito tornou-se a expressão política de uma recusa à municipalização das ações em saúde. (Chaves, Cardoso & Almeida, 2006; Garnelo & Sampaio, 2005; Marques 2003; Athias & Machado, 2001). A participação indígena foi construída – no interior desse processo político mais amplo que associava o retorno do regime político democrático no país a um novo sistema de saúde público²²⁰ – a partir de um consenso produzido em torno da importância da autonomia indígena. Embates específicos e negociações em torno da distritalização desvelaram, entretanto, o manejo instrumental de códigos da cidadania que, por sua vez, desembocam numa polissemia em relação às referências que se constroem sobre autonomia indígena (Teixeira, 2010),

²²⁰ Aqui, vale a pena destacar como a interdependência sanitária de que nos falava Hochman (2006) para a construção da Autoridade Pública centralizada no início do século XX se reatualiza na relação entre redemocratização e Sistema Único de Saúde. A saúde torna-se pública novamente em favor de um regime político específico.

que aparece ora como autodeterminação (“irredutibilidade da diferença”), como participação (“consciência prática dos elos de interdependência nos quais os povos indígenas se inserem na sociedade nacional”) e como forma de controle (“função fiscalizadora da política uma vez definida”). Desse modo, a autora sugere que a autonomia assume a abrangência de uma ideia-valor no campo dos movimentos indígenas no Brasil (Teixeira, 2010:101).

Para utilizar esse argumento em referência ao problema por mim estudado, qual seja, as relações entre profissionais de saúde e povos indígenas no contexto de uma política de saúde organizada em Distritos Sanitários e com pretensões a um modelo de atenção diferenciada, cabe-nos, ainda, tecer considerações sobre a forma como a saúde se tornou uma questão dentro da política indigenista, isto é, qual especificidade está remetida aos povos indígenas ao aplicarmos tal conceito de saúde tão amplo e que pressupõe um alcance capilar das ações governamentais.

Uma das maneiras de contribuir para esse debate é compreender que as equipes de saúde não podem ocupar, analiticamente, um plano secundário em face do reconhecimento político da participação indígena na avaliação e gestão da saúde indígena. Os profissionais de saúde constituem também, através de suas atuações, as ações governamentais para a saúde indígena em todas as esferas. Podemos considerar, ainda, que os interlocutores governamentais mais próximos da população indígena como um todo, excetuando-se as lideranças e conselheiros distritais, são os profissionais da enfermagem. Estes integram uma dimensão cotidiana do atendimento que, no meu entender, se constitui dentro de uma temporalidade própria ao desenrolar da dimensão moral da higiene e seu poder disciplinar. Assim, quando se operam cotidianamente restrições, repreensões ou advertências de caráter educativo isto é feito por meio, através do exercício da autoridade higienista disseminada entre os profissionais da enfermagem. A autoridade da qual essas profissionais da enfermagem lançam mão não é a da Autoridade Pública no sentido estrito do termo. É a autoridade constituída no seio da relação entre quem cuida, quem é cuidado e quem administra esse tipo de relação cotidiana. Tal autoridade se manifesta em proveito das relações de poder estabelecidas no interior das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, certamente, mas também ampliam a capilaridade das ações governamentais que são, literalmente, enfrentadas pelos Munduruku através de atitudes de recusa que, por sua vez, são entendidas como uma forma de alienação: são as mulheres que não levam as crianças ao Posto de Saúde a tempo de evitar emergências, são as grávidas que não fazem pré-natal ou insistem em

parir sem auxílio dos profissionais de saúde, são os hábitos de banhar-se no rio em horários inadequados (em relação ao mosquito da malária), de levar as crianças à roça, de mudar-se de aldeia com frequência, de buscar o pajé mesmo em situações classificadas como emergenciais pelos profissionais de saúde.

Assim, preocupa-me especialmente a forma como essa discussão da higiene não aparece associada a uma dimensão de poder, porque sublimada pela lógica do risco e da necessidade premente de salvar vidas. A relação de poder que é capaz de distanciar socialmente profissionais de saúde e os Munduruku é da mesma natureza que assume o dado epidemiológico como evidência para a mudança comportamental. Assim, a necessidade de mudança não estaria focada na relação entre índios e não-índios, mas se deslocaria para os próprios Munduruku.

No campo da saúde pública, a epidemiologia, como saber aplicado pelos profissionais de saúde, englobaria as práticas de higiene como se esta fosse uma dimensão onde apenas reinassem as bactérias, micróbios e vírus, quando em verdade, estamos no domínio da distinção social, e mais propriamente de um tipo de distinção na qual os povos indígenas tendem a serem vistos e enquadrados, de maneira ainda mais incisiva pela população local, como pessoas que possuem um estatuto “privilegiado” em relação ao poder federal e às Autoridades Públicas. Esse tipo de deslocamento interpretativo dado à diferença cultural é como uma releitura da tutela, no sentido de que constrói uma relação a partir da afirmação de relativa incapacidade do outro, ainda que juridicamente a tutela já não exista mais. De fato, encontrei profissionais de saúde – entre agentes de endemias da Funasa e auxiliares de enfermagem – atuando diariamente nas aldeias, que não tinham conhecimento dessa legislação e acreditavam ser a tutela a nível jurídico a única explicação pela qual os povos indígenas teriam direito a um subsistema de saúde e a uma logística de atendimento distrital. Assim, a discriminação sofrida pelos Munduruku que habitavam a cidade e buscavam assistência na CASAI encontrava plena justificativa do ponto de vista desses profissionais porque não habitar a Terra Indígena era o mesmo que abdicar desse estatuto “privilegiado”. Assim, a relação entre identidade, territorialidade e poder tutelar (Souza Lima, 1995) não podem constituir esferas separadas da reflexão sobre a relação entre os profissionais de saúde e os povos indígenas.

Nesse sentido, gostaria de sugerir que quando adentrarmos o cenário da formação de recursos humanos para a saúde indígena na qualidade de antropólogos, devemos estar atentos a esse imaginário local sobre os índios. Para os profissionais de saúde que

os vêm como privilegiados, a tutela se atualiza independente do estatuto jurídico-legal porque está vinculada a uma forma de poder e que, no caso dos profissionais de saúde e do cotidiano da assistência, se inscreve no exercício de uma autoridade sanitária e higienista. Com isso, reitero a ideia de que não estamos diante de profissionais de saúde “insensíveis”, mas diante de uma *situação histórica* (Oliveira Filho, 1988) que pressupõe uma análise das relações de poder em contexto. Aqui, a capilaridade desse poder abrange os profissionais de saúde não-graduados, isto é, aqueles que possuem uma formação técnica e que pertencem a camadas sociais populares, não identificados com elites políticas ou econômicas.

Desse modo, a autoridade higienista ou sanitarista, para os termos do debate entre profissionais de saúde e povos indígenas, se constituiria num marco civilizatório e seria utilizada para distinguir índios e não-índios, ou para classificar os índios em diferentes categorias de civilidade, cujo parâmetro encontra respaldo em hábitos corporais e de higiene que, por sua vez, são o foco das campanhas de educação em saúde, das palestras das enfermeiras, do curso de formação dos Agentes Indígenas de Saúde, dos diálogos e não-diálogos durante o atendimento face a face. Nesse sentido, se os Munduruku eram reconhecidos por terem uma cultura própria, ainda que fosse nominada segundo chavões como “a crença no pajé”, a higiene aparecia fora desse universo de valores, fora da cultura, no domínio da natureza. Assim, os conhecimentos Munduruku sobre o processo saúde/doença apareciam sempre dissociados de qualquer possibilidade de modelo de higiene próprio porque a higiene era vivida pelos profissionais de saúde como a realização dessa autoridade higienista cuja maior qualidade prática era ser, ao mesmo tempo, moralmente compreensiva e desabonadora, isto é, que não se impõe de forma coercitiva, mas que apura uma estética moral do ser-saber através do cotidiano e de práticas associadas à saúde enquanto política pública.

Nesse sentido, procuramos salientar os limites da capacidade dessa autoridade em ser compreensiva: negociar as práticas de higiene em si mesmas seria como negociar a própria autoridade implicada na ideia de cuidar e administrar. A higiene e o saneamento, enquanto higienismo, autoridade higienista e/ou *habitus higienista*, tornaram-se, ao longo do empreendimento de escrita desta tese, elementos diacríticos do exercício de um poder tutelar no interior do campo da saúde indígena. Desse modo, a forma de poder tutelar estabelecida nas relações que buscamos alinhavar (lançando luz sobre a relação entre os próprios profissionais de saúde como entre estes e os Munduruku) seria justamente aquela na qual a agência do outro é implícita e

explicitamente desconsiderada em face da organização dos serviços de saúde em seus aspectos mais cotidianos e, por vezes, fugazes. A forma como a autoridade sanitária, compartilhada pelas profissionais de saúde, se apresentava em meio a ações de educar, vigiar, orientar, restringir e, mesmo, ser indiferente, destituía a paridade dialógica necessária à construção de possibilidades de interlocução sobre as práticas de saúde em jogo.

Ao relacionar a dimensão moral da higiene com a naturalização de uma incapacidade relativa dos “pacientes indígenas” foi possível dar sentido às práticas discursivas das profissionais de saúde de que promoviam um “atendimento diferenciado”, ao mesmo tempo em que pesava sobre tais pacientes a acusação social de não entender e de não compreender como se isto fosse uma ausência substantiva, constituinte das pessoas, que eram imaginadas dentro de uma temporalidade a-histórica. Assim, a maneira de construir *essa diferença* na prestação da assistência à saúde incluía uma noção de alteridade indígena convergente ao modo como a proteção aos povos indígenas era tipicamente pensada no indigenismo brasileiro do século XX. Esta comparação, entretanto, não foi tomada de uma maneira genérica e total, uma vez que os profissionais de saúde não se identificavam exatamente com uma perspectiva romântica sobre “os índios”. Os pontos de convergências se tornariam claros a partir daquilo que consideramos ser a pedra de toque desse debate antropológico sobre formas de relação tutelar e poder tutelar em relação aos povos indígenas, qual seja, no tocante à atribuição ao outro de uma capacidade eternamente relativizável, através da qual se inseria uma contrapartida centrada em ajudar, recuperar a saúde e salvar vidas.

Referências Bibliográficas

ALBERT, B. & RAMOS, A. 2000. *Pacificando o branco. Cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo: Editora Unesp.

ALMEIDA, R. de. 2000. *Missões evangélicas em áreas indígenas*. (artigo publicado em: www.naya.org.ar, acessado em 24/05/2010.)

ALMEIDA, R. de. 2006. Tradução e mediação: missões transculturais entre grupos indígenas. In: MONTERO, P. (org.) *Deus na aldeia. Missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Editora Globo.

ALMEIDA FILHO, A. J. 2004. *A Escola Anna Nery (EAN) no “front” do campo da educação em enfermagem e o (re)alinhamento de posições de poder (1931 – 1949)*. Tese (Doutorado em enfermagem), EEAN/UFRJ.

AMORIM, W. M. & BARREIRA, I. A. 2007. O jogo de forças na reorganização da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. *Revista Bras. Enfermagem*, 60(1): 55-61.

AMOROSO, M. 2006. Memória e xamanismo na Missão Capuchinha de Bacabal (Rio Tapajós 1872-82). In: MONTERO, P. (Org.). *Deus na aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo.

ANDERSON, A. & C. CLAY. 2002. *Esverdeando a Amazônia: comunidades e empresas em busca de práticas para negócios sustentáveis*. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis; Brasília: Instituto Internacional de Educação do Brasil.

APERIBENSE, P. G.G.S. & BARREIRA, I. A. 2008. Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social. Profissões femininas pioneiras na área da saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 42(3): 474-82.

ARAMBURU, M. 1992. *O poder dialógico. Etnografias sobre relações de trabalho na Amazônia*. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) Campinas: Unicamp.

ARAMBURU, M. 1994. Aviamento, Modernidade e Pós-modernidade no interior Amazônico. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 25:81-99.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. 2001. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2): 425-431.

AUSTIN, J. L. 1990. *Quando dizer é fazer: palavras e ações*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

BAPTISTA, S. & BARREIRA, I.A. 2009. Anna Nava, baluarte da escola Anna Nery (anos 1940/1970). *Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem*, 13(3): 543-51.

BARREIRA, Ieda A. 2005. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século XX. *Florianópolis: Texto e Contexto Enfermagem*, 14(4): 480-7.

BARROSO-HOFFMAN, M. 2008. *Fronteiras étnicas, fronteiras de Estado e imaginação da nação: um estudo sobre a cooperação internacional norueguesa junto aos povos indígenas*. Tese (Doutorado em Antropologia) Rio de Janeiro: Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BATISTA, D. O. 2005. *O mito Anna Nery e a enfermagem brasileira*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BOEHS, A. E. et al. 2007. A interface necessária entre Enfermagem, Educação em saúde e o conceito de Cultura. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 16(2): 307-14.

BOLTANSKI, L. 1989. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

BORNSTEIN, V. J. 2007. *O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

BORNSTEIN, V. J. & STOTZ, E. N. 2008. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1): 259-268.

BOURDIEU, P. 2002 [1989]. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Russel.

BOURDIEU, P. 1995 [1980]. *The Logic of practice*. Book I: Critique of theoretical reason. Stanford: Stanford University Press.

BOURDIEU, P. 2006 [1979]. *A distinção. Crítica social do julgamento*. São Paulo: Edit. EDUSP.

BOURDIEU, P. 2009 [1980]. *O senso prático*. Petrópolis: Editora Vozes.

BUCHILLET, D. 1991. “A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde”. In: BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.

BUCHILLET, D. 1995. Contas de Vidro, Enfeites de Branco e Potes de Malária: Epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana. *Série Antropologia*, Vol.187. Brasília: DAN/UNB.

BUCHILLET, D. 2004. Sorcery beliefs, transmission of shamanic knowledge, and therapeutic practice among the Desana of the Upper Rio Negro Region, Brazil. In: WHITEHEAD, N.; WRIGHT, R. (Orgs.). *Darkness and Secrecy: The Anthropology of Assault Sorcery and Witchcraft in Amazonia*. Durham: Duke University Press.

BUCHILLET, D. 2004. "Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro". In: LANGDON, J. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa* Rio de Janeiro: contra capa/ABA

BUCHILLET, D. 2007. *Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844-2006)*. Quito: Abya-Yala.

BURKHALTER, S. B. 1982. *Amazon Gold Rush: markets and the Mundurucu Indians*. (Tese) Doutorado em Antropologia. New York: Columbia University.

CARDOSO, M. 2004. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: GARNELO, L. & LANGDON, J. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia.

CARDOSO, A. dos S. e NASCIMENTO, M. C. do. 2010. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 15 (1): 1509-1520.

CARDOSO de OLIVEIRA, L. R. 2002. *Direito legal e insulto moral*. Dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA. Rio de Janeiro: Edit. Relume-Dumará.

CARDOSO de OLIVEIRA, L. R. 2004. Honra, dignidade e reciprocidade. *Série Antropologia*, Vol. 344. Brasília: DAN/Universidade de Brasília.

CARDOSO de OLIVEIRA, L. R. 2005. Pesquisa em versus pesquisas com seres humanos. In: VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, E.; ORO, A. P. (Orgs.). 2004. *Antropologia e ética. O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF.

CARDOSO, M. M. V. N. & MIRANDA, C. L. 1999. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. *Revista Bras. Enfermagem*, 52 (3): 339-348.

CARVALHO, V. 2007. Enfermagem e história da enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento profissional. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 11(3): 500-8.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. 2006. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2): 295-305.

COIMBRA, Jr., C. et al. 2000. Integração entre epidemiologia e antropologia. *História, Ciências, Saúde*. VI(3):689-704.

COLLEVATTI, J. H. 2005. "‘Ide, pois, e fazei discípulo todos os povos’: um estudo sobre a Missão de São Francisco do rio Cururú (PA)". (Dissertação) Mestrado em Antropologia. São Paulo: Departamento de Antropologia/Universidade de São Paulo.

CORBELLINI, V. L. 2007. Fragmentos da História de Enfermagem: um saber que se cria na teia do processo da submissão teórica. *Rev Bras Enferm*, Brasília, mar-abr; 60(2): 172-7.

COSTA, D. C. 1987. Política Indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública* 4(3): 388-401.

COSTA, D. C. 1989. Política Indigenista e assistência à saúde. *Ciência Hoje* 10(5): 68-73.

COSTA, R.; PADILHA M. I. ; AMANTE, L. N.; COSTA, L.; BOCK, L. B. 2009. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; 18(4): 661-9

CUNHA, N. V. da. 2002. “O espírito do sanitarismo”: narrativas de profissionais da Saúde Pública dos anos 30. Tese (Doutorado em Antropologia) Departamento de Sociologia e Antropologia/UFRJ.

DIAS, L. F. 2006. *O bom beber e a embriaguez reprovável entre os povos indígenas do Uaçá*. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) São Paulo: FFLCH/USP.

DIAS-SCOPEL, R. P. 2005. *O Agente Indígena de Saúde XOKLENG: O mediador entre a comunidade indígena e os serviços de atenção diferenciada à saúde – Uma abordagem da antropologia da saúde*. Dissertação de mestrado apresentada no PPGAS/UFSC.

DIAS da SILVA, C. 2005. A ética em debate: o trabalho de campo e seus novos desafios. *Anuário Antropológico 2004*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

DIAS da SILVA, C. 2006. “Viver em primeira pessoa”: uma proposta de humanização como técnica corporal. Dissertação. (Mestrado em Antropologia). DAN/ Universidade de Brasília.

DIEHL, E. 2001. Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os *Kaingáng* (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). Tese (Doutorado em Saúde Pública), Rio de Janeiro: ENSP/Fundação Oswaldo Cruz.

DOUGLAS, M. 2002 [1966]. *Purity and Danger*. London and New York: Routledge Classics.

DOUGLAS, M. 1987. *Constructive drinking*. Perspectives on drinking from Anthropology. (Collected works). Cambridge: The Press syndicate of the University of Cambridge.

ELIAS, N. 1994 [1939]. *O Processo Civilizador I*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

ELIAS, N. 2001 [1982]. *A solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- ERTHAL, R. M.C. 2003. A formação do Agente Indígena de Saúde Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA, C.E.A. SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (orgs.) *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. pp.197-215. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO.
- EVANS-PRITCHARD, E.E. 2005 [1976]. *Bruxaria, oráculo e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor.
- FABIAN, J. 1983. *Time and the Other: How Anthropology Makes its Object*. 2ª ed. New York: Columbia University Press.
- FOLLÉR, M. 2004. Intermedicalidade: A zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, J & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas*. Reflexões sobre antropologia participativa Rio de Janeiro: contra capa/ABA
- FOUCAULT, M. 1994. *Dits et écrits. Vol IV*. Paris: Galimard.
- FOUCAULT, M. [1980] 2004a. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Edit. Forense Universitária.
- FOUCAULT, M. [1979] 2004b. *Microfísica do poder*. São Paulo: Edit. Paz e Terra.
- FOUCAULT, M. 1991. Governmentality. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (orgs). *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- FRANKENBERG, R. 1993. Risk: Anthropological and epidemiological narratives of prevention In: LINDENBAUM, S. & LOCK, M. (Eds.). *Knowledge, power and practice. The Anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- GADAMER, H-G. 1992. *Verdad y Método II*. Salamanca: Ediciones Sigueme.
- GALLOIS, D. 1991. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In *Medicinas Tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.
- GARNELO, M. L. & WRIGHT, R. 2001. “Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2): 273-284.
- GARNELO, L. 2003. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- GARNELO, L. 2004. *Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período 1990 a 2004*. Porto Velho: UFRO/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 29p.

GARNELO, M. L. & LANGDON, E. J. 2005. “A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde” In *Críticas e atuantes*. MINAYO, M.C. & COIMBRA, C. (Orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz.

GARNELO, L. & SAMPAIO, S. 2003. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1): 311-317.

GARNELO, L. & SAMPAIO, S. 2005. “Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4): 1217-1223.

GARNELO, M. L. & SOUZA, M. 2007. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7): 1640-1648.

GOOD, B. & GOOD, M-J. 1993. “Learning medicine”: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In: LINDENBAUM, S & LOCK, M. (Eds.) *Knowledge, power and practice*. The Anthropology of medicine and everyday life. Berkeley, Los Angeles and New York: University of California Press.

GOFFMAN, E. 1974. *Frame Analysis: an essay on the Organization of Experience*. New York: Harper and Row.

GOFFMAN, E. 1981. Footing. In: *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

GOFFMAN, E. 2005 [1961]. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Edit. Perspectiva.

GOMES, D. 2006. Estudo morfológico e sintático da língua Munduruku. (Tese) Doutorado em Letras. Departamento de Língua, Línguas Clássicas e Vernáculas/Universidade de Brasília.

GOULART, F. A. A. 2002. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* (Tese) Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

GREENE, S. 1998. The Shaman’s needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, Vol. 25, No. 4. (Nov), pp. 634-658.

GRIMBERG, M. 1998. Relações entre Antropologia e Epidemiologia. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (orgs.) *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

GUIMARÃES, R. M.S. & REGO, S. 2005. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (supl.): 7-17.

HERZFELD, M. 1992. *The Social Production of indifference. Exploring the symbolic roots of western bureaucracy*. Chicago, London: The University of Chicago Press.

- HOCHMAN, G. 2006. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS.
- HOCHMAN, G. & SILVA, R. 2010. Campanhas públicas, populações (quase) invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. (no prelo)
- KAHN, M. 1995. *Levantamento preliminar sobre a presença de organizações religiosas em áreas indígenas da Amazônia Brasileira*, mimeo, CEDI, São Paulo.
- KLEINMAN, A. 1991. What is specific to biomedicine. *Writing at the margin*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- KRUSE, M. H. L. 2006. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Rev Bras Enferm*; 59(esp): 403-10.
- LANGDON, E. J. 1991. Percepção e utilização da medicina ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia. In: BUCHILLET, D. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: edições CEJUP.
- LANGDON, E. J. 1994. “Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana”. In: SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. (orgs.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- LANGDON, E. J. 1996. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Antropologia em primeira mão*, Vol. 12:1-24.
- LANGDON, E. J. 2000. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: *Seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2001. p. 83-97.
- LANGDON, E. J. 2004. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (org.). 2004. *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa*. Contra Capa / ABA.
- LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (Orgs.) 2004. *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre Antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA.
- LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E., WIIK, F. B; DIAS-SCOPEL, R. P. 2006. A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(12): 2637-2646
- LAS-CASAS, R. D. de. 1964. Índios e brasileiros no vale do Rio Tapajós. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*. Nova Série. Nº 23.
- LEININGER, M. & McFARLAND, M. 1995 [1978]. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, London, Madrid: McGraw-Hill Medical Publishing division.

- LEFÉVRE, F. 1991. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Editora Cortez. 159pp.
- LIMA, N. & HOCHMAN, G. 2000. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2): 313-332.
- LUTZ, C. & G. White. 1986. The Anthropology of emotions. *Annual Review of Anthropology*. Vol.(15):405-436.
- MACEDO e CASTRO, J. P. 2002. Desenvolvimento e tecnologia de controle populacional. In: SOUZA LIMA, A. C. (Org.) *Gestar e Gerir. Estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- MAGALHÃES, E. D. 2006. O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) SER/UNB.
- MANDELBAUM, D. 1965. Alcohol and Culture. *Current Anthropology*. 6 (3):281-293.
- MARQUES, I. S. F. 2003. *A política de atenção à saúde indígena: a implantação do Dsei de Cuiabá-MT*. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- MAUSS, M. 1981 [1968-9]. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva.
- MAUSS, M. 2003 [1950]. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, Cosac & Naify.
- MENÉNDEZ, M. 1981/1082. Contribuição para a etno-história da área Tapajós-Madeira. *Revista do Museu Paulista*, São Paulo, Nova Série Vol. XXVIII.
- MENÉNDEZ, E. L. 1998. Antropologia médica e epidemiologia. Processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da saúde. Traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Edit. Fiocruz/ Relume Dumará.
- MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E. R. 2003. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1): 97-107.
- MONTAGNER, M. A. 2006. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2): 515-526.
- MONTICELLI, M. & ELSEN, I. 2006. A Cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto, Contexto Enferm*, 15(1):26-34.

- MONTERO, P. 2006. Índios e missionários no Brasil: para uma teoria da mediação cultural. In: MONTERO, P. (Org.). *Deus na Aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo.
- MORALES, L. A. 1999. *Vai e Vem, Vira e Volta: as rotas dos soldados da borracha*. (Tese) Doutorado em Antropologia Social. Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ.
- MURPHY, R. F. 1958. *Munduruku Religion*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- MURPHY, R. F. 1960. *Headhunting Heritage*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- MURPHY, R. F.; MURPHY, Y. 1985. *Women of the Forest*. New York: Columbia University Press.
- NAUDERER, T. M. & LIMA, M. A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. 2005. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1): 74-7.
- NEVES, D. P. 2004. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (1): 7-36. (Debate).
- NOVO, M. P. 2010. *Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu*. Brasília: ABA/Paralelo 15.
- NUNES, M. O. et al. 2002. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, vol.18, n.6, pp. 1639-1646.
- OLIVEIRA FILHO, J. P. de. 1988. "O nosso governo". *Os Ticuna e o regime tutelar*. São Paulo: Editora Marco Zero, co-edição MCT – CNPQ.
- PAIVA, C.H.A. 2003. A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 10(3): 827-51.
- PARESCHI, A. C. C. 2002. *Desenvolvimento sustentável e pequenos projetos: Entre o projetismo, a ideologia e as dinâmicas sociais*. (Tese) Doutorado em Antropologia. Brasília: Departamento de Antropologia/UNB.
- PEDROSA, J. I. dos S. e TELES J. B M. 2001. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, vol.35, n.3, pp. 303-311.
- PEIRCE, C. S. 1977. *Semiótica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- PIRES-ALVES, F; PAIVA, C.H.A.; HOCHMAN, G. 2008. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3): 819-829.
- POLLOCK, D. 1994. Etnomedicina Kulina. In: Santos, R. & C. Coimbra Jr. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- RAMOS, A. R. 1978. Mundurucu: social change or false problem? *American Ethnologist*, Vol. 5, No. 4. pp. 675-689.
- RAMOS, A. R. 1993. O Papel Político das Epidemias: o caso Yanomami. *Série Antropologia*, vol. 153. Brasília: DAN/UNB.
- RAMOS, A. R. 1995. O índio hiper-real. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, (28): 5-14.
- RAMOS, A. R. F. 2000. *Entre a cruz e a riscadeira: catequese e empresa extrativista entre os Munduruku (1910-1957)*. Dissertação (Mestrado em História das Sociedades Agrárias). Goiás: Universidade Federal de Goiás.
- RENOVATO, R. D. & BAGNATO, M. H. S. 2008. *Revista Brasileira de enfermagem*, 61(6): 909-915.
- REZENDE, C.B. 2002. Mágoas de amizade: um ensaio em Antropologia das Emoções. *Mana*, 8 (2): 69-89.
- RIZZOTTO, M. L. F. 2008. *História da enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia: AB Editora.
- ROCHA, E. 2007. Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial do Rio Negro. Dissertação. (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia). Manaus: Universidade Federal do Amazonas.
- ROSALDO, M. R. 1984. "Toward an anthropology of self and feeling". In: *Culture Theory: Essays in Mind, Self, and Emotion*. Schweder, Richard A. e Robert A. Levine (eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- SALDANHA, L. 1996. "Escola de Heróis". *Os cursos de formação dos técnicos de indigenismo da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) de 1970 a 1985*. Monografia. (bacharelado em História). Rio de Janeiro: UFRJ.
- SALVIANI, R. 2010. Desenvolvimento, antropologia e "participação". Uma proposta de reflexão crítica. *Anuário Antropológico 2009/1*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- SAUTCHUK, J. M. M. 2009. A Poética do Improviso: prática e habilidade no repente nordestino. Tese. (Doutorado em Antropologia) Brasília: DAN/UNB.
- SCHUTZ, A. 1979. *Fenomenologia e Relações Sociais*. Helmut WAGNER (org.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- SCOTT, R. P. 2008. Prevenção e poder na transformação dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) em programas de saúde da família (PSF). In: CAROSO, C. (org.) *Cultura, tecnologias em saúde e medicina*. Perspectiva Antropológica. Salvador: EDUFBA.
- SHORE, C. & WRIGHT, S. 1997. *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*. London: Routledge.

SILVA, J. A. 2001. *O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?* Tese (Doutorado em Saúde Pública) São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.

SILVA, J.A. & DALMASO, A.S.W. 2002. *Agente Comunitário de Saúde. O ser, o saber, o fazer.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

SILVA, K. M. C. 1979. *O diário da Bahia e o século XIX.* Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro.

SILVEIRA, N. 2004. "O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami". LANGDON, J & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas.* Rio de Janeiro: contra capa/ABA.

SIMMEL, G. 1950. *The Sociology of Georg Simmel.* WOLFF, K. (Ed.) New York/London: The Free Press/Collier-Macmillan Limited.

SIMMEL, G. 1971. *On individuality and social forms.* Chicago e Londres: The University of Chicago Press.

SINGER, M; VALENTÍN, F; BAER, H & JIA, Z. 1992. Why Does Juan García have a drinking problem? The perspective of critical medical anthropology. *Medical Anthropology*, 14(1):77-108.

SMILJANIC, M. I. 2008. Da observação à participação: Reflexões sobre o ofício do Antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami. *Série Antropologia*, Vol. 417. Brasília: DAN/UNB

SOUZA, M. L. P. 2004. *Alcoolização e Violência no Alto Rio Negro.* (Dissertação) Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia. Manaus: UFAM.

SOUZA, M. C., SCATENA, J. H. ,SANTOS, R. V. 2007. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4): 853-861.

SOUZA LIMA, A. C. de. 1987. Sobre indigenismo, autoritarismo e nacionalidade. Considerações sobre a constituição do discurso e da prática da proteção fraternal no Brasil. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil.* Rio de Janeiro/São Paulo; Ed.UFRJ/Marco Zero.

SOUZA LIMA, A. C. 1995. *Um grande cerco de paz. Poder tutelar, indianidade e formação do estado no Brasil.* Petrópolis: Vozes.

SOUZA LIMA, A. C. 2002a. Diversidade cultural e política indigenista no Brasil. In *Tellus*, nº 3, Campo Grande.

SOUZA LIMA, A. C. 2002b. Tradições de conhecimento para gestão colonial da desigualdade: reflexões a partir da administração indigenista no Brasil. In: BASTOS,

C.; ALMEIDA, M. V.; FELDMAN-BIANCO, B. (coords.) *Trânsitos coloniais: diálogos críticos luso-brasileiros*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, PP. 151-172.

SOUZA LIMA, A. C. 2002c. Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo. In: SOUZA LIMA, A.C. *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 316 pp. (Coleção Antropologia da Política)

SOUZA LIMA, A. C & MACEDO e CASTRO, J. P. 2008. Política(s) Pública(s). In: PINHO, O & SANSONE, L. (Orgs.) *Raça. Novas perspectivas antropológicas*. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia/EDUFBA.

TEIXEIRA, C. C. 2005. Relações de “parceria”, políticas públicas e a questão da pobreza no Brasil. *Série Antropologia* Vol. 388 Brasília: DAN/Universidade de Brasília.

TEIXEIRA, C. C. 2007. O Museu da FUNASA e a Saúde Indígena. *Série Antropologia* Vol. 409 Brasília: DAN/Universidade de Brasília.

TEIXEIRA, C. C. 2008. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3): 965-974.

TEIXEIRA, C. C. 2009. Políticas de saúde indígena no Brasil em perspectiva. In: SILVA, C. T.; SOUZA LIMA, A. C.; BAINES, S. (Org.). *Problemáticas Sociais para Sociedade Plurais: Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada*. São Paulo: Edit. AnnaBlume.

TEIXEIRA, C. C. 2010. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando? *Anuário Antropológico* 2009/I. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.

TEIXEIRA, C. C. The political production of repulsion: exploring the brazilian indigenous health policy (no prelo).

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S.; SANTANA, E. de M. e NUNES, M. O. 2002. Ethnography study about user satisfaction of Family Health Program in Bahia. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.7, n.3, pp. 581-589.

VAN DER GEEST, S.; WHITE, S. R.; HARDON, A. 1996. The Anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. In: *Annual Review of Anthropology*, Vol. 25, pp. 153-178.

VERANI, C.B.L. 1999. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim do MPEG: Série Antropologia*, 15 (2): 171-92. Belém: MPEG.

VIANA, A. L. D. e DAL POZ, M. R. 1998. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, vol.8, n.2, p.11-48.

VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, E.; ORO, A. P. (Orgs.). 2004. *Antropologia e ética. O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D; OLIVEIRA, F. A. 2008. A ambigüidade dos agentes comunitários de saúde: análise de uma experiência pioneira. In: C. Caroso (org.) *Cultura, tecnologias em saúde e medicina. Perspectiva Antropológica*. Salvador: UDFBA.

WHITEHEAD, N. & WRIGHT, R. (Orgs.) 2004. *In Darkness and Secrecy: The Anthropology of Assault Sorcery and Witchcraft in Amazonia*. Durham: Duke University Press.

WRIGHT, R. 1999. *Transformando os deuses. Os múltiplos sentidos da conversão religiosa entre os povos indígenas no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp.

Outros documentos e relatórios consultados:

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 1996. Formação de Agentes Indígenas de Saúde. Proposta de diretrizes. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2002. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª edição - Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 40p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2005. *Formação inicial para Agentes Indígenas de Saúde: Módulo Introdutório*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 55p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2007. *4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2003. *Resolução RDC n.º 138* (Republicado no D.O.U de 06/01/2004).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde.